Rok XLIII. Kraków 23 Stycznia 1904. Nr. 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni fizyologicznej Szpitala wojskowego w Moskwie.

Przyczynek do farmakologii pilokarpiny.

Podał

Dr. Leon Popielski

docent fizyologii.

Pilokarpina oddawna zdobyła sobie sławę przetworu wydzielniczego, pobudzającego do czynności wszystkie gruczoły. Przy ścisłem jednak zbadaniu odpowiedniego materyału faktycznego okazuje się, że tylko gruczoły ślinne, łzowe, potowe i powierzchowne gruczoły błon śluzowych dróg oddechowych i przewodu pokarmowego mogą być z łatwością pobudzone do czynności. Co się zaś tyczy gruczołów żołądkowych i trzustki, nad którymi badania połączone są ze znacznemi trudnościami technicznemi, to zdania są bardzo podzielone i sprzeczne, zwłaszcza co do gruczołów żołądkowych. Trzustka znajduje się pod tym względem w więcej szczęśliwem położeniu, albowiem najnowsze badania rozmaitych autorów: Wertheimera, Lepagea[1]), Delezenne'a[2]), Baylissa i Starlinga[3]) jednogłośnie wykazują, że pilokarpina nie pobudza jej do czynności.

Do liczby prac, stwierdzających właśnie takie działanie pilokarpiny na czynność trzustki, należy i moja, ogłoszona w „Przeglądzie lekarskim“ w r. 1901 p. t.: „O sposobie działania pilokarpiny na gruczoły“; obserwacye wyżej przytoczonych autorów są późniejsze. W roku bieżącym badania swoje nad pilokarpiną znacznie rozszerzyłem i dopełniłem je wieloma nowemi spostrzeżeniami, dotyczącemi nietylko trzustki, ale i gruczołów żołądkowych, kiszek, wątroby i nerek. Wyniki tych badań rozpocznę od trzustki.

I. Trzustka.

Pierwsze doświadczenia nad wpływem pilokarpiny na trzustkę wykonałem na kotach w następujący sposób: po zrobieniu tracheotomii szybko przecinałem rdzeń pacierzowy pod przedłużonym i stosowałem sztuczne oddychanie. Do przetoki Wirsunga wkładałem kaniulę, którą łączyłem z rurką o średnicy 2 mlm., z podziałką milimetrową. Wydzielający się sok trzustkowy napełniał rurkę; co pewien czas zapisywałem na ile milimetrów przesunął się sok trzustkowy w rurce. W ten sposób mogłem sądzić o szybkości wydzielania się soku. Waga kotów wahała się między 4000,0 a 5000,0.

Doświadczenie Nr. 1. Nerwy błędne przeciąłem w przebiegu szyjnym. Od g. 3 m 25 do g. 4 m 00 sok w rurce posunął się na 3 milimetry.

O g. 4—00 wstrzyknąłem pod skórę $1^1/_2$ ctm.³ chlorku pilokarpiny 0,1%, t. j. 0,0015.

Do g. 4—23′ nie było żadnej wydzieliny. Wstrzyknięto podskórnie 1 ctm.³ 0,1% chlorku pilokarpiny, t. j. 0.001.

Do g. 4—35′ nie było żadnej wydzieliny. Ślina i łzy wydzielały się obficie.

Doświadczenie to wykazuje, że pilokarpina nie wpłynęła na zwiększenie wydzieliny.

Doświadczenie 2. Nerwy błędne przeciąłem na szyi.

Od g. 3 m. 05′ do g. 4—00′ nie było żadnej wydzieliny. Wstrzyknąłem podskórnie $1^1/_2$ ctm.³ chlorku pilokarpiny 0,1%, t. j. 0,0015. Do d. 4—15′ nie było żadnej wydzieliny. Wstrzyknięto jeszcze 1 ctm.³ pilokarpiny, t. j. 0,001. Gdy do g. 4—23′ nie było żadnej wydzieliny, wstrzyknięto ponownie 1 ctm.³ chlorku pilokarpiny, t. j. 0,001. Do g. 4—35′ nie było żadnej wydzieliny. Wprowadzono do dwunastnicy 30 ctm.³ 0,4% H Cl.

Do g.	4—40′	wydzielina podniosła się o	7	podziałek (milimetrów)
„	4—45′	„ „	30	„
„	4—50′	„ „	46	„
„	4—55′	„ „	32	„
„	5 00′	„ „	35	„
„	5—05′	„ „	33	„
„	5—10′	„ „	31	„
„	5—15′	„ „	37	„
„	5—20′	„ „	24	„
„	5—25	„ „	20	„
„	5—30′	„ „	16	„
„	5—35′	„ „	23	„
„	5—40	„ „	14	„
„	5—45′	„ „	9	„
„	5—50′	„ „	7	„

Doświadczenie przerwałem.

Z doświadczenia tego wynika, że pilokarpina nie zwiększyła zupełnie wydzieliny. Trzustka funkcyonowała prawidłowo: dopiero wprowadzenie 0,4% HCl do dwunastnicy wywołało znaczną wydzielinę.

Doświadczenie 3. Nerwy błędne przeciąłem na szyi.

W przeciągu 30′ nie było żadnej wydzieliny.

O g. 11—20′ wprowadzono do krwi 0,004 chlorku polikarpiny.

Do g. 11—50′ nie było żadnej wydzieliny. Wprowadzono do dwunastnicy 10 ctm.³ 0,4% H Cl.

Do g.	11—55′	sok podniósł się w rurce o	9	podziałek.
„	12—00′	„ „ „	5	„
„	12—05′	„ „ „	5	„
„	12—10′	„ „ „	4	„
„	12—15′	„ „ „	6	„

Doświadczenie przerwałem.

Z doświadczenia tego wynika, że pilokarpina nie wywołała żadnej wydzieliny, która wystąpiła dopiero po wprowadzeniu do dwunastnicy 10 ctm.³ 0,4% HCl, co dowodzi, że gruczoł funkcyonował prawidłowo. Ponieważ ślina i łzy

---

1) Comptes rendus de la Société de Biologie, 1901.
2) Comptes rendus de la Société de Biologie, 1902.
3) Journal of Physiology, 1902.

wydzielały się obficie, mogło powstać pytanie, czy sok trzustkowy dlatego się nie wydziela, że w ustroju brak cieczy: wobec tej wątpliwości wprowadzałem do jelit roczczyn fizyologiczny NaCl.

Doświadczenie 4. Nerwy błędne przeciąłem na szyi.

Do jelit cienkich wprowadziłem 30 ctm.³ 0,6% Na Cl. W przeciągu ½ godziny nie było żadnej wydzieliny soku trzustkowego. Wtedy o g. 2—05' wprowadziłem pod skórę 1,5 ctm.³ pilokarpiny 0,1%. Do g. 2—20' nie było żadnej wydzieliny. O g. 2—25' wprowadziłem do dwunastnicy 20 ctm.³ 0,4% H Cl.

Do g. 2—25' sok podniósł się w rurce o 12 podziałek
Od g. 2—25' do 2—30' „ „ „ 40 „
2—35' „ „ „ 46 „
2—40 „ „ „ 36 „
2—45' „ „ „ 18 „
Doświadczenie przerwałem.

Z doświadczenia tego widać, że pilokarpina nie wywołała wydzieliny soku trzustkowego, pomimo że poprzednio był wprowadzony do dwunastnicy roczczyn 0,6% NaCl. Natomiast kwas solny wywołał obfitą wydzielinę soku trzustkowego.

Doświadczenie 5. Nerwy błędne przeciąłem na szyi.

O g. 1—25' wprowadziłem do dwunastnicy 30 ctm.³ 0,6% Na Cl. Do g. 2—05' nie było żadnej wydzieliny. Wtedy wstrzyknąłem podskórnie 1,5 ctm.³ chlorku pilokarpiny 0,1% (0,0015).

Do 2—18' nie było żadnej wydzieliny. Wtedy wprowadziłem do dwunastnicy 20 ctm.³ 0,4% H Cl.

Do g. 2—20' sok podniósł się w rurce o 5 podziałek
Od g. 2—20' do 2—23' „ „ „ 100 „
„ 2—23' „ 2—25' „ „ „ 70 „
„ 2—25' „ 2—30' „ „ „ 150 „
„ 2—30' „ 2—35' „ „ „ 80 „
„ 2—35' „ 2—40' „ „ „ 61 „
„ 2—40' „ 2—45' „ „ „ 82 „
Doświadczenie przerwałem.

Doświadczenie to wykazuje, że pilokarpina również nie sprowadziła wydzieliny, pomimo że poprzednio wprowadzano do dwunastnicy 0,6% NaCl. Natomiast z doświadczenia tego jak i z poprzedniego wynika, że po wprowadzeniu NaCl do dwunastnicy, HCl wywołuje niezwykle obfitą wydzielinę soku trzustkowego.

Doświadczenie 6. Nerwy błędne przeciąłem.

W przeciągu 30' nie było żadnej wydzieliny. Wtedy o g. 12—30 wprowadziłem (do żyły szyjnej zewnętrznej (*v. jugularis externa* 1,5 ctm. pilokarpiny 0,1%, t. j. 0,0015.

Do g. 12—45' nie było żadnej wydzieliny. Ślina wydziela się obficie (jak w poprzednich doświadczeniach). Wprowadziłem jeszcze 1 ctm. pilokarpiny do krwi.

Do g. 12—50' nie było żadnej wydzieliny. Wprowadziłem do dwunastnicy 20 ctm.³ 0,4% H Cl.

Do 12—55' wydzieliło się 3 podziałki
Od g. 12—55' do 1—00' „ 60 „
„ 1—00' „ 1-05' „ 80 „
„ 1—05' „ 1—10' „ 75 „
Doświadczenie przerwałem.

Z doświadczenia tego wynika, że pilokarpina nie wywołała żadnej wydzieliny; dopiero HCl sprowadził obfitą wydzielinę soku trzustkowego. Ślina i łzy, jak i w poprzednich doświadczeniach, wydzielały się obficie.

We wszystkich wyżej przytoczonych doświadczeniach brałem koty, głodzone co najmniej w przeciągu 24 godzin. Tu należy zauważyć, że niektóre koty, dostawione do pracowni, w przeciągu nieraz 3 dni nie chciały spożywać żadnej strawy. W niżej przytoczonem doświadczeniu użyłem kota nakarmionego na 2 godziny przed doświadczeniem, wychodząc z tego założenia, że w doświadczeniach 4, 5 i 6 kwas solny, po zatruciu zwierzęcia pilokarpiną, wywoływał bardzo obfitą wydzielinę soku trzustkowego.

Doświadczenie 7. Nerwy błędne nie przecięte.

Od g. 1—25' do g. 1—40' nie było żadnej wydzieliny. Wtedy wprowadziłem do krwi 1 ctm.³ 0,1 chlorku pilokarpiny 0,1% (0,001)

Od g. 1—40' do 1—45' sok w rurce przesunął się na 5 podziałek.
„ 1—45' „ 1—50' „ „ „ „ 7 „
„ 1—50' „ 1—55' „ „ „ „ 7 „
„ 1—55' „ 2—00' „ „ „ „ 11 „
„ 2—00' „ 2—05' „ „ „ „ 8 „
„ 2—05' „ 2—10' „ „ „ „ 5 „
2—15' „ „ „ „ 3 „
2—20' „ „ „ „ 2 „
2—25' „ „ „ „ 1½ „
Nerwy błędne zostały przecięte.

O g. 2—30' wprowadzono do krwi 1 ctm.³ 0,1% pil. mur. (0,001). Od g. 2—30' do 2—35' sok w rurce przesunął się na 2 podziałki. Wprowadziłem do dwunastnicy 40 ctm.³ 0,6% Na Cl.

O g. 2-40' sok w rurce przesunął się na 1 podziałkę
„ 2—45' „ „ „ „ 2½ „
Od 2—45' do 2--50' „ „ „ „ 13 „
2—55' „ „ „ „ 20 „
3—00' „ „ „ „ 15 „
3—05' „ „ „ „ 12 „
3—10' „ „ „ „ 7 „
3—15' „ „ „ „ 0 „
3—20' „ „ „ „ 4 „
Wprowadziłem do dwunastnicy 40 ctm.³ 0,6% Na Cl.
3—25' „ „ „ „ 0 „
3—30' „ „ „ „ 1 „
3—40' „ „ „ „ 0 „
Wprowadziłem do krwi 1,5 ctm. 0.1% chlorku pilokarpiny (0,0015).
3—45' „ „ „ „ 2 „
3—50' „ „ „ „ 4 „
3—55' „ „ „ „ 2 „
4—00' „ „ „ „ 0 „
Wprowadziłem do dwunastnicy 30 ctm.³ 0,4% H Cl.
4—05' „ „ „ „ 4 „
4—10' „ „ „ „ 30 „
4—15' „ „ „ „ 57 „

Doświadczenie to przekonywa, że u zwierzęcia nakarmionego można otrzymać wydzielinę, choć znacznie słabszą, aniżeli po H Cl. Wydzielina ta następuje tak przy nerwach błędnych nietkniętych, jak i przy przeciętych; 0,6% Na Cl samo przez się nie sprowadza wydzieliny, jak to widać z powtórnego jej wprowadzenia do dwunastnicy.

Również widocznem jest, że pilokarpina przy 3-ciem jej wprowadzeniu do krwi wywołuje bardzo nieznaczną wydzielinę, która jednak po następnem wlewaniu HCl do dwunastnicy staje się bardzo energiczną.

Z doświadczeń 4, 5, 6 i 7 nasuwa się przypuszczenie, czy pilokarpina nie podnosi pobudliwości zakończeń obwodowych nerwów wydzielniczych, albowiem po zatruciu zwierzęcia pilokarpiną, 0,4% HCl wywołuje bardzo obfitą wydzielinę, jakiej zwykle nie widzimy [1]).

W tym celu wykonałem kilka doświadczeń, w których starałem się wyjaśnić, czy podrażnienie nerwów wydzielniczych trzustki, przebiegających w nerwie błędnym, nie sprowadzi większej wydzieliny po zatruciu zwierzęcia pilokarpiną.

Doświadczenie 8. Nerwy błędne przeciąłem w jamie piersiowej i wziąłem na ligatury; w tym celu należało wykonać resekcyę żeber od 9—12. Kot był karmiony ostatni raz w przeddzień doświadczenia. NN. błędne były drażnione za pomocą prądu przerywanego indukcyjnego

[1]) W pracy: „Ueber das peripherische Nervencentrum des Pankreas" przytoczyłem dużo tego rodzaju doświadczeń. (Pflügers Archiv, Bd. 86, 1901).

ze znacznemi przerwami przed zatruciem i po zatruciu polikarpiną.

O g. 4—00′ poziom soku w rurce znajdował się na przedziałce 16

„ 4—21′ „ „ „ „ „	16	n. n. błędne drażniłem w przeciągu 5 minut.
„ 4—26′ „ „ „ „ „	17	
„ 4—46′ „ „ „ „ „	17	
„ 4—51′ „ „ „ „ „	17	

O g. 5—11′ poziom soku znajdował się na podziałce 17. Wprowadzono do żyły szyjnej 1 ctm.³ 0,2% chlorku polikarpiny (0,002).

O godzinie	poziom soku znajdował się na podziałce	sok przesunął się o podziałek	
5—20′	17	—	
5—25′	28	11	
5—30′	34	6	n. n. błędne drażniłem w przeciągu 5 minut.
5—35′	74	40	
5—40′	109	35	
5—45′	139	30	
5—50′	161	22	
5—55′	189	28	
6—00′	207	28	
6—05′	235	28	
6—10′	250	15	

Doświadczenie przerwałem.

Napozór po zatruciu pilokarpiną — drażnienie nn. błędnych sprowadzało stale znaczną wydzielinę soku trzustkowego.

Podobne zwiększenie nie może być jednak z całą stanowczością przypisane działaniu pilokarpiny na zakończenia nerwowe nn. błędnych na tej zasadzie, że jak to widać z doświadczeń Metta, Kudriewieckiego, prof. Pawłowa i moich¹) dłuższe podrażnienie nn. błędnych osłabia przebiegające w nich włókna hamujące, wskutek czego działanie nn. wydzielniczych występuje daleko wyraźniej. W moich doświadczeniach tam, gdzie drażnienie nn. błędnych miało miejsce po dłuższej przerwie, podczas której włókna hamujące odzyskiwały dawną swoją siłę, wydzielina stawała się mniej obfitą i różnica w działaniu drażnienia nn błędnych przed zatruciem i po zatruciu pilokarpiną była mniej widoczną. Zatem przyczyny, dlaczego po zatruciu pilokarpiną HCl wywołuje się obfitsze wydzielanie się soku trzustkowego, należy szukać gdzieindziej. Tutaj zaś pozwolę sobie zaznaczyć fakt, wyraźnie występujący we wszystkich doświadczeniach, że pilokarpina sama przez się nie wywołuje wydzieliny soku trzustkowego W tych zaś przypadkach, gdzie po wprowadzeniu pilokarpiny występuje wydzielina, jest ona zwykle nieznaczną i znajduje się w ścisłym związku ze stanem przewodu pokarmowego, a mianowicie spostrzega się u zwierząt poprzednio nakarmionych, u których naczynia mleczne w jamie brzusznej wyraźnie się zaznaczają. Podobna wydzielina zachodzi u zwierząt po przecięciu rdzenia pacierzowego, z przeciętymi n. n. błędnymi na szyi i ma charakter wydzieliny, wywołanej przez wprowadzony do dwunastnicy kwas solny. Wyżej przytoczone doświadczenia nie są wszystkie, które wykonałem; poprzestałem na mniejszej liczbie, aby nie powtarzać tego, co już było przedtem wykazane. Pozwolę sobie jednak zwrócić uwagę na dwa doświadczenia, wykonane na psach z przewlekłą przetoką żołądkową.

Doświadczenie 9. 16/II. 1903. Waga psa = 16100,0. Pies nakarmiony ostatni raz w przeddzień doświadczenia o godz. 7 wieczór. Sok trzustkowy zbierałem do słoja z podziałkami o 0,1 ctm.³ i ilość jego oznaczało się co ¼ godziny.

¹) O hamujących nerwach trzustki. Dyssertacya 1896.

Od 10½ do 11—00′	wydzieliło się	0,5 ctm.³	
11—15′	„	0,3 „	
11—30′	„	0,2 „	Do krwi wprowadziłem 5 ctm.³ 0,4% H Cl.
11—45′	„	0,5 „	
12—00′	„	0,4 „	
12—15′	„	0,6 „	
12—30′	„	0,6 „	
12—45′	„	0,7 „	Do żyły szyjnej wprowa-

dziłem 2 ctm.³ 0,1% chlorku polikarpiny t. j. 0,02. Bezzwłocznie wystąpił obficie z nosa i pyska płyn ciągnący się, przezroczysty.

12—47 silne wymioty.

12—49′ wymioty i nudności. Pies oddaje mocz i natęża się dla oddania kału.

12—52′ wymioty. Pies oddaje kał.

Od 12—45 do 1—00′ zebrałem 1,2 ctm.³ soku trzustkowego.

„ 1—00′ „ 1—15′ „ 0,2 „ „ „

Płyn otrzymany zapomocą wymiotów oddziaływa alkalicznie.

Sok trzustkowy wydzielił się w zwiększonej nieco ilości w pierwszych 5 minutach, a następnie wydzielina się zmniejszyła.

Doświadczenie 10. 20/III. 1903. Pies wagi 11800,0; nakarmiony został rano o g. 7 w dzień doświadczenia; jednak jadł mało.

Od g. 11—15′ do 12—15′ zebrano 5 ctm.³ soku trzustkowego.

„ 12—15′ „ 1—10′ „ 4 „ „ „

Wprowadzono podskórnie 2 ctm.³ 1% chlorku polikarpiny, t. j. 0,02.

Po godzinie zebrano 8,0 ctm.³	Od g. 1—10′	do 1—40′	zebrano	3,2 ctm.³ (za ½ godz.)
	„ 1—40′	„ 2—10′	„	4,8 „ „
Po godzinie zebrano 9,0 ctm.³	„ 2—10′	„ 2—40′	„	5,1 „ „
	„ 2—40′	„ 3—10′	„	3,9 „ „
Po godzinie zebrano 15,3 ctm.³	„ 3—10′	„ 3—40′	„	12,0 „ „
	„ 3—40′	„ 4—10′	„	3,3 „ „

Wymioty i nudności miały miejsce, jak w doświadczeniu poprzedniem. Ślina i łzy wydzielały się obficie. Pies oddawał kał i mocz w dużej ilości.

Z doświadczenia tego widać, że wydzielina wyraźnie się spotęgowała po wprowadzeniu pilokarpiny. (C. d. n.).

II. Przyczynek do nauki o tak zwanem Volkmannowskiem niedokrwistem porażeniu i skurczeniu mięśni.

Podał

Prof. Dr. H. Schramm.

(Dokończenie).

W przypadkach więc tak zwanej kontraktury Volkmannowskiej trzeba odróżnić właściwie trzy grupy, to jest pierwszą, w której zmiany w mięśniach powstają czysto na tle odcięcia dowozu krwi tętniczej; drugą, w której zmiany w mięśniach powstają na tle zapalenia urazowego; wreszcie trzecią z dodatkowymi objawami zajęcia nerwów. Grupy te jednak nie dadzą się ściśle odgraniczyć, lecz bardzo często w jednym przypadku są razem zmieszane.

Rozpoznanie cierpienia, o którem mowa, nie przedstawia prawie nigdy poważniejszych trudności. W nieco późniejszych okresach choroby kształt ręki jest tak cechujący, jak go nie spotykamy prawie w żadnej innej chorobie: przedramię zwłaszcza po stronie dłoniowej jest wychudłe, mięśnie zginacze twarde i niepodatne; ręka i palce zgięte, równoczesne ich wyprostowanie czynnie ani biernie niemożebne, natomiast, z wyjątkiem w przypadkach bardzo wysokiego stopnia i zastarzałych, ręka da się wyprostować przy zgiętych palcach i naodwrót, przykurczenie palców da się usunąć lub przynajmniej zmniejszyć przy ręce mocno zgiętej w stawie nadgarstkowym. Jako bardzo ważny czynnik rozpoznawczy w przykurczeniu palców z innych powodów po-

dnosi Volkmann, że porażenie i przykurczenie palców występuje prawie równocześnie już w ciągu kilkunastu godzin. W przypadkach, rozwijających się na tle nie czystej niedokrwistości, lecz więcej na tle zapalenia urazowego, ta równoczesność nie jest wprawdzie tak wybitna, palce kurczą się, jednak dość wcześnie, zwykle już po kilkunastu dniach. Jestto bardzo ważne w celu odróżnienia przykurczeń, powstających po uszkodzeniu pni nerwowych. Szczególnie po urazach nerwu sprychowego powstają zniekształtnienia ręki, podobne do wyżej opisanego, w postaci cechującej tak zwanej *main en griffe*. W przypadkach tych jednak pierwotną przyczyną wadliwego ustawienia ręki jest porażenie mięśni wyprostnych; z początku równoczesne wyprostowanie ręki i palców da się biernie wykonać, dopiero po upływie dość długiego czasu, po kilku lub kilkunastu tygodniach, mięśnie zginacze skracają się wskutek stałego przebywania w tonicznym skurczu i zbliżenia ich punktów przyczepienia. W przypadkach tych badanie prądem stałym wykaże zawsze objaw zwyrodnienia w mięśniach wyprostnych, a upośledzenie czucia w zakresie uszkodzonego nerwu i często bardzo występujące zmiany odżywcze w postaci owrzodzeń na palcach wskażą na pierwotne źródło choroby.

Podobne nieco przykurczenia palców mogą też powstać po znacznych ubytkach w skórze, n. p. po oparzeniach lub po zropieniach ścięgien. (*tendogene Contractur*). W przypadkach tych jednak wywiady i obecność blizn wystarczą do postawienia rozpoznania, tem bardziej, że przykurczenia nie są tu nigdy tak równomiernie rozdzielone na palce, jak to miewa miejsce przy pierwotnem schorzeniu mięśnia.

Przykurczenie Dupuytrena zajmuje zwykle jeden lub dwa palce, zdarza się u ludzi znacznie starszych, rozwija się bardzo powoli i cechuje się obecnością postronka bliznowatego w powięzi ścięgnistej dłoni. Nadmienić też trzeba, że znane są przypadki czysto czynnościowego skrócenia się mięśni. Charcot np. opisał *(Progrès med. 1886, 42, 43)* przypadek, w którym u mężczyzny 30 letniego wystąpiło przykurczenie mięśni zginaczy po uszkodzeniu przedramienia, łokieć był pół zgięty, przedramię w supinacyi, palce mocno zgięte; w uśpieniu chloroformowem zboczenie dało się łatwo wyrównać, po obudzeniu się chorego wracało napowrót. — Z innych przyczyn powstałe przykurczenia palców, jak po porażeniu mięśni samoistnem t. zw. „essencyonalnem" *(paral. infant. spinal.)*, lub przy chorobie Littlea, są tak odmienne, że w przypadku podobnym dość jest o nich pomyśleć, by je równocześnie wykluczyć.

Rokowanie w przypadkach Volkmannowskiego przykurczenia uważano jeszcze do najnowszych czasów prawie powszechnie za złe. Sam Volkmann uważał przypadki, zwłaszcza te, w których obok przykurczenia palców istniało także zgięcie ręki, za bezwzględnie beznadziejne; w lżejszych przez wytrwałe mięsienie i naciąganie mięśni można się spodziewać poprawy. Jeszcze Hoffa w swoim podręczniku ortopedyi z r. 1895 pisze: w cięższych przypadkach, w których zajęte są mięśnie w całej długości, leczenie jest prawie beznadziejne; jeżeli schorzenie ogranicza się tylko do małej części mięśnia, n. p. przez ucisk między sterczącemi, źle ustawionemi końcami złamanej kości a gniotącą szyną, można po wyprostowaniu złamania przez kilkomiesięczne codzienne energiczne naciąganie ręki i palców i mięsienie usunąć przykurczenia o tyle, że ręka jako tako staje się użyteczną. Wprawdzie Anderson w r. 1891, Dudgeon w r. 1902 utrzymywali, że rokowanie nie jest tak złe, że często następuje wyleczenie przy wytrwałem leczeniu zapomocą mięsienia; twierdzenie to jednak nie da się poprzeć statystycznie. W zestawieniu mojem bowiem na 27 przypadków tylko 2 razy osiągnięto tym sposobem wyleczenie, a 5 razy nastąpiła znaczniejsza poprawa; w innych postępowanie to nie doprowadziło do celu. W ostatnich czasach jednak, gdy zajmujące nas tu cierpienie zaczęto leczyć operacyjnie, rokowanie znacznie się poprawiło. Zapomocą zabiegów bowiem, które niżej opiszę udało się osiągnąć zupełne wyleczenie, lub przynajmniej bardzo znaczną poprawę nawet w przypadkach bardzo zadawnionych i ciężkich.

Przechodząc do omówienia leczenia, zaznaczyć trzeba, że większa część przypadków, dotychczas opisanych, wystąpiła po złamaniu kości przedramienia lub ramienia, leczonych zapomocą opatrunków ustalających. Konieczną jest więc rzeczą, aby przez zakładanie ich unikać jak najstaranniej wszelkiego ucisku, szczególnie jeżeli się opatrunek zakłada wnet po uszkodzeniu, gdzie więc spodziewać się możemy powiększenia obrzęku. W każdym takim przypadku należałoby po upływie kilku godzin chorego zobaczyć lub przynajmniej zwrócić uwagę otoczenia, aby w razie wystąpienia obrzmienia, posinienia i choćby lekkiego przykurczenia palców wezwano natychmiast lekarza, by przez zdjęcie lub rozluźnienie opatrunku znieść powstający zastój krwi i umożebnić regularny jej przepływ. Wprawdzie mimo zachowania tych ostrożności mogą czasami rozwinąć się przykurczenia na tle, jak wspomniałem, zapalenia urazowego, przynajmniej jednak lekarz nie będzie miał sobie do wyrzucenia, że zaniedbał środków ostrożności i uniknie tej nieprzyjemnej niespodzianki, że po zdjęciu opatrunku zobaczy rękę przykurczoną i porażoną, a na skórze owrzodzenia odleżynowe, jako ślady zbyt wielkiego i długiego ucisku. — W przypadkach już rozwiniętego cierpienia należy jak najwcześniej przystąpić do naciągania skurczonych mięśni, a z chwilą, jak tylko bolesność, z początku zwykle bardzo znaczna, trochę ustąpi do mięsienia i elektryzowania przedramienia. Można także zakładać szynę grzbietową, sięgającą od łokcia po końce palców, aby ile możności przeciwdziałać ich kurczeniu się. Volkmann nawet radził naciągać skurczone mięśnie w uśpieniu, środek ten jednak nie prowadzi zwykle do celu, w przypadkach zaś zastarzałych przez forsowne naciąganie mięśnia można go rozedrzeć i zamiast pożytku tylko szkodę choremu przynieść. Leczenie to należy prowadzić wytrwale przez kilka miesięcy; w wyleczonych 2 przypadkach Dudgeona prowadzono je nawet przez 2 lata i dłużej. Jak widzimy więc leczenie to jest bardzo mozolne, wymaga niezwyczajnej wytrwałości ze strony chorego i otoczenia, a jest tem trudniejsze, że mamy do czynienia w przeważnej części z dziećmi. Jeżeli jednak mimo wytrwałego stosowania tych środków przez kilkanaście tygodni poprawa nie postępuje, natenczas wchodzi w swe prawa leczenie operacyjne, które według dotychczasowych doświadczeń nie naraża chorego na żadne niebezpieczeństwo, a którego wyniki są bardzo dobre. Różni autorowie różnych w tym celu próbowali zabiegów; trzeba jednak przyznać, że stosowany przez niektórych sposób postępowania był nieodpowiedni. I tak Davies Colley u 6-letniej dziewczyny ze znacznem przykurczeniem rąk i palców przeciął lub przedarł oba

Liczba	Autor i miejsce ogłoszenia	Wiek chorego	Przyczyna	Opatrunek	Objawy ucisku	Stan przy objęciu w leczenie	Oddziaływanie elektryczne	Leczenie wyczekujące	Wynik leczenia	Zabieg operacyjny	Wynik ostateczny	Uwaga
1	Petersen. (Verhandl. der XVII Congr. d. d. Ges. f Chir.)	lat 4½	Złamane powikłanie nad łokciem	Szyny przez sześć tygodni	—	Porażenie zginaczy, skurczenie palców, czucie osłabione	—	Mięsienie i naciąganie	—	—	Znaczna poprawa	Przy próbnem cięciu znaleziono n. pośrodkowy obrośnięty bliznowato; tętnica ramienna zaciśnięta.
2	Hildebrandt. (Deutsch. Zeitschr. für Chir. XXX. 1.)	5	Złamanie kości sprychowej	—	Kostnina mocno bujająca	Przykurczenie palców	—	Ponowne złamanie. Mięsienie.	—	—	Prawie zupełne wyleczenie	—
3	Pingel. (Diss. inaug. 1892 Ref. Centralb. für Chir. 1893. 48)	10	Złamanie w okolicy łokcia	Opatrunek gipsowy	Pęcherze na skórze po 3 dniach	Przykurczenie palców i ręki	—	Mięsienie, naciąganie elektr.	Żaden	—	Nieuleczony	—
4	Ten sam	6	Złamanie kości ramieniowej tuż nad łokciem	Opatrunek gipsowy	Ręka sina, pęcherze i owrzodzenie skóry	Skurczenie rąk i palców wysokiego stopnia	—	Mięsienie elektr., naciąganie palców	Żaden	—	Nieuleczony	—
5	H. Battle. (St. Thomas Hospital recort 1896)	12	Złamanie przedramienia	Szyny	Wrzód odleżynowy	Wychudnienie przedramienia. skurczenie palców	Prawidłowe	Mięsienie	—	—	Mała poprawa	—
6	Henle. (Centralbl. für Chir. 1896 N. 19)	9	Złamanie przedramienia	Gips	Zesinienie i obrzmienie ręki. Opatrunek zdjęty po 12 godzinach	Przykurczenie palców i ręki miernego stopnia	—	Mięsienie	Mała poprawa	Resekcya kości	Wyleczony	—
7	R. Johnson. (Lancet 1898 March. 12)	8	Złamanie dolnego odcinka kości ramieniowej	Szyny	Wrzód odleżynowy	Bardzo znaczne skurczenie palców	—	—	—	Resekcya kości	Prawie wyleczony	Kości się nie zrosły, dziecko musi nosić szynę na przedramieniu.
8	Davies Colley. (Guy Hospit report 1898 October 5)	6	Złamanie w stawie łokciowym	Szyny	Blizna po owrzodzeniu w skórze	Porażenie i skurczenie palców	—	Mięsienie	Bez skutku	Przecięcie m. zginaczy w miejscu potem ścięgna zginaczy przecięto	Przykurczenie zniesione	Stracona możność zginania palców.
9	Ten sam	7	Złamanie powikłane podudzia	Szyny	Znaczne ropienie głębokie	Przykurczenie stopy (pes equinus) i palców	—	Mięsienie	Bez skutku	Tenotomia ścięgna Achillesa i zginaczy	Wyleczenie	—
10	J. Clarke. (Orthop. surg. 1899 p 49)	6	Złamanie dolnego odcinka kości ramieniowej	Szyny	Obrzmienie palców	Przykurczenie palców i ręki	Brak oddział. na prąd przerywany; odczyn zwyrodnienia przy stałym	Mięsienie	Bez skutku	Przecięcie ścięgien zginaczy	Usunięto zniekształtnienie, stracona władza zginania	—
11	W. Page. (Lancet 1900 Jan. 13)	4½	Złamanie dolnego końca kości ramieniowej lub oderwanie dolnej nasady	Szyny	Obrzmienie palców, wrzód odleżynowy	Porażenie i przykurczenie palców	Reakcya degeneracyjna	Mięsienie elektr.	Mała poprawa	Tenoplastyka	Wyleczenie	Ścięgno powierzchowne zginacza wskazującego palca nie zrosło się
12	Littlewood. (Lancet 1900 Febr. 3)	8	Oderwanie dolnej nasady kości ramienia	Szyna prostokątna	—	Skurczenie palców i ręki znacznego stopnia	—	—	—	Tenoplastyka	Wyleczenie	—
13	Ten sam	6	Złamanie dolnego odcinka ramienia i kości przedramienia	Szyny	Odleżynowy wrzód na tylnej powierzchni przedramienia	Tak samo	—	—	—	Tenoplastyka	Bardzo znaczna poprawa	—
14	Barnard. (Lancet 1901 April. 30)	3	Złamanie przedramienia	Szyny	Wrzody odleżynowe	Stopniowe coraz większe przykurczenie palców	—	—	—	Tenoplastyka	Bardzo znaczna poprawa	Skłonność do ponownego kurczenia się palców.

Liczba	Autor i miejsce ogłoszenia	Wiek chorego	Przyczyna	Opatrunek	Objawy ucisku	Stan przy objęciu w leczenie	Oddziaływanie elektryczne	Leczenie wyczekujące	Wynik leczenia	Zabieg operacyjny	Wynik ostateczny	Uwaga
15	Ten sam	4	Zgniecenie przedramienia bez złamania kości	Lekki opatrunek	—	Stopniowe kurczenie się palców po 5 tygodniach	Odczyn zwyrodnienia	Mięsienie	Bez poprawy	Tenoplastyka	Wyleczenie	—
16	C. Wallis (The Practitioner 1901 October)	20	Opaska Esmarcha przez $1^1/_2$ godz. Zabieg operacyjny na kościach przedramienia	Szyny	Pęcherze na skórze	Skurczenie palców i ręki	—	Mięsienie	Mała poprawa	Tenoplastyka	Bardzo znaczna poprawa	Użycie ręki do szycia
17	Schloffer (Wien. klin Wochenschr. 1901 N. I.).	18	Zaczopowanie tętnicy pachowej przez kulę w niej tkwiącą	—	—	kurczenie palców	Odczyn zwyrodnienia	Mięsienie	—	—	Znaczna poprawa	—
18	L. Dudgeon (Lancet 1902 Januar 11).	5	Złamanie nad łokciem	Szyny	Wrzód odleżynowy	Zanik mięśni, skrócenie przedramienia, skurczenie ręki i palców	Prawidłowe	Mięsienie, nacieranie, elektryczność przez kilkanaście miesięcy	—	—	Bez poprawy	—
19	Ten sam	20	Stłuczenie przedramienia, złamanie niewykluczone	Szyny przez 13 tygodni	—	Skurczenie palców, zanik mięśni	Prawidłowe	To samo	—	—	Wyleczenie	—
20	Ten sam	5	Złamanie kości przedramienia	2 szyny	Wrzód odleżynowy	Stopniowe kurczenie się palców, staw nadgarstkowy wolny	Prawidłowe	Mięsienie przez 3 lata	—	—	Wyleczenie	—
21	Ten sam	4	Złamanie nad łokciem	Opatrunek gipsowy	Znaczny obrzęk, wrzod odleżynowy	Zanik mięśni, znaczne przykurczenie palców i ręki	Prawidłowe	Mięsienie przez 10 miesięcy	—	—	Poprawa	—
22	Ward (Lancet 1902 Februar 8)	21	Zgniecenie przedramienia w maszynie tkackiej bez złamania ręki	Lekki opatrunek	—	Skurczenie palców i ręki	—	Mięsienie	Bez poprawy	Tenoplastyka	Wyleczenie	—
23	Ten sam	12	Złamanie przedramienia	Szyny przez 10 tygodni	Wrzód odleżynowy bardzo rozległy	Skurczenie bardzo znaczne palców i ręki	—	—	—	Tenoplastyka	Znaczna poprawa	Obserwacya bardzo krótka. Powierzchowne ropienie w ranie.
24	L. Dudgeon (Lancet 1902 March 7)	5	Złamanie w okolicy łokcia przed 3 laty	Opatrunek gipsowy	Obrzmienie zesinienie palców, wrzód odleżynowy	Zanik mięśni, skurczenie przedramienia, skurczenie palców i ręki	—	Mięsienie	—	—	Bardzo mała poprawa	—
25	Ten sam	9	Złamanie przedramienia przed $2^1/_2$ laty	Opatrunek gipsowy	Wrzód odleżynowy	Przykurczenie palców i ręki	Częściowo odczyn zwyrodn.	—	—	Resekcya kości	Bardzo znaczna poprawa	—
26	Ten sam	8	Złamanie przedramienia przed $1^1/_2$ rokiem	Szyna	Wrzód odleżynowy	Skurczenie palców	—	—	—	Resekcya kości $^3/_4$ cala	Bardzo znaczna poprawa	—
27	Mój przypadek	6	Złamanie przedramienia	Opatrunek szynowy	Wrzód odleżynowy	Skurczenie palców i ręki znacznego stopnia	—	Mięsienie	Bez poprawy	Tenoplastyka	Bardzo znaczna poprawa	—

mięśnie zginacze palców, oba zginacze dłoni, mięsień dłoniowy długi i skręcający rękę okrągły. Potem udało mu się wprawdzie wyprostować rękę, palce jednak pozostały skurczone, dlatego w miesiąc potem przeciął ścięgna obu zginaczy palców i długiego zginacza kciuka. Naturalnie wyprostowanie palców było teraz możebne, ale też władzy zginania stracono, stan zatem nie lepszy, chyba gorszy, niż przed operacyą. W podobny sposób i z podobnym skutkiem

operował także Clarke; naturalnie, że ten sposób leczenia nie znalazł naśladowców. Tenotomia schorzałych mięśni może znaleźć zastosowanie tylko w razie wystąpienia podobnych zmian na mięśniach łydki — i tutaj może oddać bardzo dobre usługi (Przypadek Colleya, w tablicy nr. 9).

Henle w roku 1896 wybrał inną, racyonalniejszą drogę. Ponieważ mięśnie wskutek zmiany chorobowej stały się za krótkie, przeto Henle postanowił zbliżyć ich punkty przyczepienia, a osiągnął to w swych przypadkach przez wypiłowanie z kości sprychowej i łokciowej kawałka, długiego na $1^1/_2$ cm. Po zespojeniu tak skróconych kości dała się ręka i palce sprostować i wynik operacyi był zadowalniający. W podobny sposób postąpił Johnson; w jego przypadku jednak zrost resekowanych kości nie nastąpił. W dwóch przypadkach Dudgeona, operowanych w roku 1901 i 1902, osiągnięto również bardzo znaczną poprawę.

Inni autorowie, a mianowicie: Page, Littlewood, Bernard, Walis i Ward obrali inną drogę, starając się nie o przybliżenie punktów przyczepienia, lecz o przedłużenie skróconych mięśni przez przydłużenie ich ścięgien zapomocą tak zwanej tenoplastyki. Henle w podanej wyżej rozprawie powiada wprawdzie, że „myotomia, tenotomia, plastyka ścięgien, wycinanie blizn z mięśni lub całych mięśni, są na układzie ruchowym ręki zaledwie wykonalne wobec ilości zaopatrujących mięśni i ścięgien i wobec ważności dokładnego działania każdej poszczególnej jego części. Możnaby myśleć tylko o plastyce każdego ścięgna z osobna, postępowanie, które już z powodu znacznego skomplikowania jest wzbronione.“ Tymczasem doświadczenie przekonało, że teoretyczne przypuszczenia Henlego nie są słuszne. Zapewne przecinanie ścięgien i mięśni na ręce nie jest na miejscu; tenoplastyka jednak święci tu bardzo ładne tryumfy, a we wszystkich dotychczas operowanych przypadkach, podobnie jak i w moim, osiągnięto wyniki bardzo dobre, a nieraz funkcya ręki była tak dobra, że dzięki jej mogli chorzy używać jej do robót szydełkowych, szycia itp. Operacya ta nie jest tak skomplikowana, jak się tego obawiał Henle; po odsłonięciu ścięgien cięciem podłużnem chwyta się jedno ścięgno po drugiem, przedłuża się je przez rozdzielenie na odpowiedniej przestrzeni, a następnie końce zespaja dwoma lub trzema szwami. Cały zabieg operacyjny trwa nie dłużej nad 20—25 minut, a ma przed wypiłowaniem kości tę zaletę, że nie pozostawia skrócenia przedramienia, że przedłużenie ścięgien można dowolnie stopniować dla każdego mięśnia w miarę potrzeby, że nadto po resekcyi kości i tak już rozciągnięte mięśnie wyprostne muszą po zbliżeniu ich punktów przyczepienia dopiero dostosowywać się do nowych warunków. W żadnym z operowanych przypadków mimo plastyki licznych ścięgien nie wystąpiło jakiekolwiek zaburzenie w gojeniu, zrost ścięgien następował prawidłowo, tylko w jednym przypadku Page'a podane jest, że nie zrosło się powierzchowne ścięgno wskaziciela; mimo to i w tym przypadku ostateczny wynik był bardzo dobry. Naodwrót zaznaczyć trzeba, że i po resekcyi kości może nastąpić staw rzekomy; miało to miejsce n. p. w przypadku Johnsona, w którym dziecko musiało stale nosić z tego powodu szynę na przedramieniu. Obie te operacye wymagają naturalnie wykonania ściśle aseptycznego, przy obu bowiem wystąpienie ropienia jest taksamo niebezpieczne. Z podanych powodów uważałbym w odpowiednich przypadkach tenoplastykę jako operacyę wyboru.

Sposobu jej wykonania nie powtarzam, opisałem go bowiem dokładnie w historyi mego przypadku; podnoszę tu tylko, że jako materyał do szycia ścięgien dobrze wyjałowiony cienki jedwab uważam za lepszy, niż katgut, że przy zespajaniu przedłużonego ścięgna uważałem, aby ścięgno przy zupełnie wyprostowanym palcu było tylko luźno napięte, aby zespajane końce ścięgna zachodziły na siebie na $1—1^1/_2$ milim., aby linie szwów nie leżały w jednej płaszczyźnie. Dodać tu jeszcze muszę, że którąkolwiek z tych dwóch operacyi wybierzemy, to do wykonania jej nie należy przystępować pierwej, aż się nabierze przekonania, że sprawa chorobowa w mięśniach już się skończyła, że więc skrócenie się ich, a więc i przykurczanie palców od dłuższego czasu, przynajmniej od 8—10 tygodni, się nie powiększa i gdy stosowane mięsienie i naciąganie dalszej poprawy nie sprowadza. Po obu operacyach zauważono mimo zastosowania powyższej ostrożności pewną skłonność do kurczenia się palców, zdaje się wskutek zmniejszenia napięcia, pod jakiem zdrowe jeszcze włókna mięsne się znajdowały. W każdym więc razie i po operacyi wskazane jest wnet po zagojeniu się rany dalsze wykonywanie ruchów czynnych i biernych palcami i mięsienie przedramienia. W razie zaniechania tego bowiem mogą przykurczenia powrócić, lubo w mniejszym stopniu.

Na zakończenie przytaczam zebrane z literatury przypadki w krótkich wyciągach.

III. Wyciągi.

Rosenstein. **Przyczynek do leczenia zakażenia połogowego.** *(Monatschrift für Geb. und Gyn.* Tom 18, Zeszyt 3, 1903). Możemy rozróżnić trzy główne typy gorączki połogowej: 1) toksyczną, 2) zakaźną i 3) specyficznie zakaźną. Do tej ostatniej grupy zalicza autor te choroby, występujące w połogu, które zawdzięczają swe powstanie jakiemuś swoistemu drobnoustrojowi, n. p. błoniczemu, tężcowemu, gruźliczemu, które więc, ściśle biorąc, nie należy uważać jako gorączkę połogową. W postaci toksycznej choroba ogranicza się zwykle do błony śluzowej macicy (*endometrium*) i powstaje wtedy, jeżeli zalegające w macicy resztki błon lub łożyska ulegną rozkładowi. Tu więc nie same drobnoustroje, nie okazujące zresztą skłonności do dalszej inwazyi, wywołują ciężkie schorzenie ustroju, gdyż tu się odbywa zatrucie ustroju wytworami tych drobnoustrojów, t. j. ptomainami lub toksynami. W postaci zakaźnej czynnikiem wywołującym chorobę są same drobnoustroje (łańcuszkowce i gronkowce), które z ogniska zakażenia (macica) drogą naczyń chłonnych i krwionośnych zostają rozprowadzone po całym ustroju. W końcu mogą wystąpić postacie mieszane. Leczenie więc gorączki nie może być szablonowe, ale jest zależne od tego, z jaką z tych trzech postaci mamy do czynienia. A więc, jeżeli wystąpią objawy rozkładu resztek jaja płodowego w jamie macicy, musimy się starać usunąć je jak najprędzej, palcami lub zapomocą przyrządów. Tylko tam, gdzieby to żadną miarą nie udało się wykonać, a zakażenie ustroju widocznie postępowało, wchodzi w swe prawa zabieg operacyjny, polegający na wyjęciu macicy. Wytwory rozkładu usuwamy z macicy zapomocą przestrzykiwań, przyczem nie zależy tyle na jakości, ile na ilości płynu użytego do przestrzykiwania. Przepuszcza się więc przez macicę wiele litrów jałowego rozczynu soli kuchennej, sody, nadmanganezianu potasowego, lysolu, wody chlorowej lub wyskoku; szczególnie ten ostatni oddaje czasem dobre usługi, gdyż oprócz działania odkażającego i odwaniającego działa także nieco w głąb tkanek. Karbolu i sublimatu nie należy używać dla ich własności trujących, jeżeli zaś stosuje się je, to w bardzo słabych rozczynach. Niektórzy wreszcie polecają naparzanie macicy (vaporisatio); metoda dobra, ale niebezpieczna, o ile nie mogąc dokładnie zmierzyć działania pary w głąb

moglibyśmy nieraz wywołać zarośnięcie jamy macicy przez zupełne zniszczenie jej błony śluzowej. Przy zakażeniu ustroju wyżej przytoczone leczenie miejscowe nie wystarcza, gdyż w chwili, kiedy nas wzywają do chorej, drobnoustroje nie znajdują się już z pewnością na samej tylko błonie śluzowej, ale znacznie głębiej, jeżeli już nie w całym ustroju. W każdym razie należy próbować przestrzykiwań macicy wyskokiem. Żadną miarą nie wolno takiej macicy skrobać, gdyż przez to otworzylibyśmy dla drobnoustrojów nowe bramy, zniszczylibyśmy istniejący już może ochronny wał ziarninowy, wreszcie moglibyśmy kobietę narazić na zupełne zniszczenie błony śluzowej macicy, lub nawet wywołać jej przedarcie. Ponieważ więc jesteśmy zwykle bezsilni wobec drobnoustrojów na miejscu ich wtargnięcia, musimy się starać na innej drodze zniszczyć, względnie usunąć ich działanie, lub wreszcie osłabić ich żywotność, a mianowicie przez działanie na nie wprost w krążeniu różnymi przetworami chemicznymi i równoczesne wzmocnienie ustroju. Wielką rolę odgrywa tu higiena i dyetetyka; co do kwestyi podawania alkoholu, jako środka działającego podniecająco i odżywczo, jedni go absolutnie zarzucają, drudzy podają w wielkich ilościach. Autor stoi w pośrodku i sądzi, że mierne dawki mogą mieć wpływ korzystny na cały przebieg choroby. Celem wzmocnienia siły bakteryobójczej krwi i podniesienia czynności serca stosują jedni z dobrym skutkiem wdychiwania tlenu, inni wśródżylne wlewania fizyologicznego rozczynu soli kuchennej; w ostatnich czasach polecają wlewania tego rozczynu do kiszki stolcowej; wreszcie znakomicie działają też letnie kąpiele. Przy podejrzeniu istnienia zakrzepicy należy naturalnie, ze względu na konieczny spokój chorej, unikać kąpieli, a raczej stosować zawijania. Podawanie środków przeciwgorączkowych należy o ile możności ograniczyć. Celem wzmożenia leukocytozy stosowano podskórnie terpentynę, która miała wywoływać ropienie. Do tego samego celu zmierzało polecane w ostatnich latach leczenie nukleinowe w połączeniu z wstrzykiwaniami soli kuchennej; o ile jednak sposób pierwszy dzisiaj już zupełnie zarzucono, ostatni zdaje się mieć racyę bytu, gdyż jak dotąd wykazał bardzo dobre wyniki (ref. w „Przegl. lek." Nr. 26, 1903). Ze środków, które miały na celu dezinfekcyę ustroju, względnie krwi, wspomina autor o wśródżylnych wstrzykiwaniach sublimatu (Kesmarsky) i formaliny: pierwsze w użyciu niebezpieczne, drugie potrzebują dalszych badań. Tu należy także surowica Marmorka i przetwory srebra Crédego. Co do surowicy zdania są podzielone; wielkiej przyszłości jednak autor jej nie rokuje, gdyż ona zdaje się mieć wpływ tylko na pewien rodzaj paciorkowców, na inne zaś pozostaje bez żadnego działania. Przetwory Crédego w postaci rozpuszczalnego srebra (collargol) używane są do wstrzykiwań podskórnych (bolesne), lub śródżylnych (niebolesne), wreszcie w postaci maści; przetwory te zdają się mieć wpływ dodatni na przebieg choroby, chociaż niejednokrotnie już otrzymano wyniki ujemne. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Dützmann. **Posiłkowanie się oznaczaniem liczby leukocytów w chorobach żeńskiego narządu rodnego.** (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* Tom 18, Zeszyt 1, 1903). Już przed 25 laty zwrócono uwagę na zwiększenie się liczby leukocytów w przebiegu spraw zapalnych. O ile jednak zjawisko to w chorobach zakaźnych niema wielkiego znaczenia, gdyż tu już inne objawy prowadzą do równie pewnego rozpoznania, o tyle zachowało ono swe znaczenie tam, gdzie idzie o rozpoznanie ropienia, szczególnie ropienia ukrytego. Pierwszy Curschmann zwrócił uwagę na rozpoznawcze znaczenie tego zjawiska przy ropieniu w przebiegu chorób wyrostka robaczkowego. To spowodowało autora do wypróbowania tego sposobu także przy wypocinach okołomacicznych i przekonał się, że wzmożenie liczby leukocytów jest istotnie zupełnie pewną oznaką ropienia. W niniejszej pracy znowu starał się autor dowieść, o ile metoda ta może mieć znaczenie rozpoznawcze tam, gdzie ropienia, przynajmniej dotychczas znanymi sposobami, wykazać nie można. Do leczenia leukocytów używał przyrządu Thoma-Zeissa, a krew brał z opuszki palca. Trzeba jednak zachować pewne ostrożności. I tak należy przedtem zbadać cały ustrój, celem wykluczenia innych przyczyn leukocytozy. Liczenie trzeba wykonywać przez kilka dni, zawsze o tejsamej porze, najlepiej przedpołudniem; dalej należy zwrócić uwagę na ciepłotę ciała i możliwy wpływ gorączki. Bardzo ważnym warunkiem pewnego wyniku jest czystość przyrządu i rurki, którą najlepiej po użyciu wyczyścić ze skrzepów rozczynem ługu potasowego, wyskoku i eteru. Jako normę liczby leukocytów przyjął autor 5,500—10,000; ilości, będące wyżej lub niżej tych, uważał jako patologiczne. W przypadkach wątpliwych posługiwał się próbą jodową Goldbergera i Weissa, która polega na tem, że z rozczynu: *Jod. sublim. 1,0 kal. jodat. 3,0, aquae dest. 100,0, gumm. qu. s. ad constit. syrupus* — puszcza się jedną kroplę na suchy preparat krwi. W razie obecności ropy leukocyty barwią się na ciemno-żółto, szczególnie wielojądrzaste, aż do zabarwienia brunatnego. Liczenia liczby leukocytów używał autor jako środka rozpoznawczego w przebiegu spraw zapalnych narządu rodnego żeńskiego (wypociny, zapalenia trąbek, jajników i t. d.); dalej w przebiegu gruźlicy, mięśniaków, raka, ciąży trąbkowej i torbieli jajnikowych; jako środka prognostycznego w przebiegu zakażenia połogowego i drgawek porodowych. Badał 223 przypadków (liczeń 2000) i otrzymał następujące wyniki: 1) W przypadkach zwykłego zapalenia nieżytowego błony śluzowej macicy, lub przy tyłozgięciu otrzymano zawsze liczby prawidłowe. 2) Przy wypocinach zapalnych okołomacicznych okazał się powyższy sposób bardzo cennym i czułym środkiem rozpoznawczym; po wypuszczeniu bowiem ropy liczba leukocytów natychmiast spadła; przy wytworzeniu się świeżego ogniska lub zatrzymaniu ropy, liczba ciałek białych znowu wzrastała. 3) Odczyn jodowy leukocytów w obecności ropy przyczynia się w wątpliwych przypadkach do ustalenia rozpoznania. 4) Korzyść z liczenia leukocytów głównie występowała na jaw w przypadkach chorób przydatków macicy, gdzie szło o naturę cierpienia i wybranie drogi operacyjnej: brzusznej lub pochwowej? Ze względu na tak pewne wyniki rozpoznawcze radzi autor zarzucić nakłucie próbne, które z pewnością nie jest zabiegiem obojętnym, owszem nierzadko wprost zgubnym. 5) Mięśniaki, rak, ciąża trąbkowa nie miały żadnego wpływu na liczbę ciałek białych; liczenie ich jednak było w kilku przypadkach jedyną wskazówką istniejącego ropienia, potwierdzonego zresztą przy operacyi, mimo że nie było ani bolesności, ani gorączki itp. objawów. 6) Ropa gruźlicza nie wywołuje zupełnie wzmożenia liczby leukocytów; ropa rzeżączkowa tylko nieznaczne, co należy, zdaniem autora, odnieść do nieznacznej zdolności wchłaniania i większej odporności otrzewnej na te drobnoustroje i ich toksyny. 7) Przy dużych guzach jajnikowych, szczególnie ze skręconą szypułą i powikłanych podrażnieniem otrzewnej, występuje silna leukocytoza, mimo że niema ropienia; próba jodowa jednak daje wtedy wynik ujemny. 8) Ropnie otorbione, oddzielone grubemi ścianami od reszty tkanek, mogą nie wywołać leukocytozy. 9) W posocznicy połogowej liczenie leukocytów jest bardzo cennym środkiem prognostycznym w tem znaczeniu, że stała hiperleukocytoza pozwala rokować korzystnie; ciągłe zaś zmniejszanie się liczby ciałek białych, nawet niżej normy, jest znakiem niekorzystnym. Objaw ten może być zarazem praktyczną wskazówką, kiedy jest czas do operacyjnego wystąpienia. Leukocytoza bowiem jest niejako samoochroną ustroju przeciw drobnoustrojom chorobotwórczym. Jak długo więc można ją wykazać, jest ona dowodem, że ustrój daje sobie radę w tej walce; z chwilą zaś, kiedy mimo i reszczów nawet i wysokiej gorączki liczba leukocytów stale się zmniejsza, jest to oznaką, że ustrój ulega przewadze drobnoustrojów, które można wówczas nawet we krwi wykazać. Na potwierdzenie tych objawów przytacza autor bardzo zajmujące historye chorób. 10) W drgawkach porodowych zauważono podobne stosunki, jak w gorączce połogowej. Przy stałej hiperleukocytozie napady stają się rzadsze i naodwrót — przy prawidłowej lub jeszcze niższej liczbie ciałek białych napady występują coraz częściej, trwają dłużej i prowadzą do zejścia śmiertelnego. Spostrzeżenie to wskazywałoby na słuszność teoryi, która uważa drgawki porodowe jako chorobę zakaźną. *Dr. E. Ehrenpreis.*

T. Heiman. **Przyczynek do leczenia zapaleń ostrych ucha środkowego.** (*Medycyna* 1903, Nr. 33, 34, 35). Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że przecięcie błony bębenkowej stanowi ważny nabytek w chirurgii otyatrycznej; lecz jak każdy rękoczyn leczniczy nie może stanowić środka uniwersalnego i niejednokrotnie zawodzi tam, gdzie naukowo był wskazanym i racyonalnie uzasadnionym. Lekarze, którzy stosują ten zabieg już w samych początkach zapalenia i w każdym jego przypadku, posuwają się, zdaniem autora, stanowczo za daleko. H. poddaje ostrej krytyce statystykę Körnera i Bürknera, oraz wnioski z nich wysuwane przez tych autorów. H. w celach leczniczych odróżnia zapalenie ostre ucha środkowego zwyczajne od ropnego. W pierwszej z tych chorób przecięcie błony bębenkowej rzadko tylko jest wskazanem, a zwykle leczenie bezkrwawe, zachowawcze, wystarcza do usunięcia cierpienia. Z przecięcia błony w tej postaci chorobowej nie widzi H. żadnej korzyści; natomiast spostrzegł, że po wczesnem jego wykonaniu zachodzi potrzeba po pewnym czasie powtórzenia jego, nawet kilka razy, gdyż bole na nowo wracają. Jedyny wyjątek, jaki uczynić należy dla wcześniejszego nacięcia błony bębenkowej, jest zapalenie u dzieci, które mu towarzyszą objawy podrażnienia opon mózgowych. Jeżeli zaś wysięk przez dłuższy czas nie ulega wchłonieniu i grożą stale zaburzenia słuchowe, należy także i u dorosłych po bezskutecznem wyczerpaniu innych środków wykonać przecięcie błony bębenkowej, ażeby opróżnić jamę bębenkową.

Natomiast w ropnem zapaleniu ucha środkowego rękoczyn ten jest wskazany z chwilą stwierdzenia ropy w jamie usznej, t. j.

3—5 dnia choroby. Taksamo autor postępuje w następowych ostrych sprawach ucha środkowego, powstałych po przebytych ostrych osutkach zakaźnych. Ból, gorączka, wypuklenie błony bębenkowej i bolesność wyrostka sutkowego nie stanowią wskazania do szybkiego wykonania nacięcia błony bębenkowej, lecz jedynie obecność ropy w jamie bębenkowej. Przez zabieg ten dajemy ustrojowi możność prędszego pozbycia się pierwiastka zakażającego i przez to nieraz zapobiegać możemy rozwojowi niepożądanych powikłań. W wielu przypadkach ropnego zapalenia przecięcie błony bębenkowej stanowczo skraca przebieg i trwanie choroby i w tem jest jego wyższość nad czekaniem na samowolne przebicie błony bębenkowej. Aczkolwiek są przypadki i to nierzadkie, że nacięcie to nie wywiera żadnego wpływu na przebieg choroby, a nawet spostrzegać można przypadki, że po nacięciu błony choroba wzmaga się i czas jej trwania przedłuża się, to przecież nie zdaje się właściwem liczyć na wessanie się, lub wylanie się do gardzieli ropy, nagromadzonej w jamie bębenkowej i przez to wystawić chorego niepotrzebnie na dłuższe cierpienie, albo nawet, co ważniejsze, narazić go na nieobliczone następstwa. Czy zaś w sprawach ropnych nacięcie błony bębenkowej jest w stanie zapobiedz powikłaniom ze strony wyrostka sutkowego i jamy czaszkowej, nie zostało dotąd dowiedzionem. Pewne fakty przemawiają za tem, że w powstawaniu powikłań inne czynniki, aniżeli zaniedbanie nacięcia błony bębenkowej grać muszą pierwszorzędną rolę. Do czynników tych zaliczyć należy stan ogólny i odporność chorego ustroju, natężenie i rozległość sprawy zapalnej, oraz większą lub mniejszą złośliwość pierwiastków chorobotwórczych, a także obecność w wyrostku sutkowym ogniska chorobowego. Nacięcie przeto błony bębenkowej, choćby najwcześniejsze, nie wpływa bynajmniej na stan sprawy chorobowej w wyrostku sutkowym i dlatego bolesność wyrostka sutkowego nie stanowi wskazania dla wykonania tego zabiegu. Zdarzyć się może, że są wszelkie dane, przemawiające za obecnością ropy w jamie bębenkowej; wszelako po nacięciu przekonywujemy się o błędzie naszego przypuszczenia. Pomyłka taka nie przyniesie jednakże choremu szkody, jeśli tylko operacyę wykonamy na zasadzie wymaganych przepisów technicznych i aseptycznych. Także trepanacya wyrostka sutkowego w sprawach ostrych zbyt często i bez ścisłych wskazań bywa wykonywana. Tylko w razie trwania ropienia dłużej, niż 4 tygodnie, gdy ropa staje się zielonkawa, gęstości śmietanki, przystępuje autor do otworzenia wyrostka sutkowego.

Spira.

Uskow. **Kliniczne spostrzeżenia nad leczeniem chorób sercowych.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Odessa, 1903). Autor badał w klinice prof. Lewaszowa (Kazań) lecznicze działanie w chorobach serca kąpieli z wody słodkiej (35—30° C.), również periplocyny i digitoksyny. Każdy z 14 badanych chorych otrzymywał 15 kąpieli: 3 na 35°, 3 na 34°, 3 na 32,5°, 3 na 31°, 3 na 30° C.; pierwsza kąpiel trwała 10′, druga 15′, trzecia 20′. Wnioski autora, dotyczące wpływu kąpieli, są następujące: 1) czynność serca wzmaga się i zwalnia pod wpływem kąpieli 35°—30° C., parcie zaś krwi obniża; 2) wymiary serca w przypadkach lekkich zmniejszają się, w innych zaś nie ulegają zmianie; 3) oddawanie moczu w większości przypadków nie ulega zmianie; 4) napięcie ścian tętniczych w lekkich przypadkach podnosi się, w ciężkich pozostaje bez zmiany; 5) zbiorowe działanie występuje tylko w przypadkach lekkich; 6) wobec tego kąpiele mogą odgrywać rolę zaledwie słabego środka leczniczego w przypadkach lekkich; 7) kąpiele są najwięcej wskazane w niedomykalności zastawki dwudzielnej; 8) kąpiele są przeciwwskazane w przypadkach ciężkich, powikłanych ze znacznymi zmianami w sercu i naczyniach, oraz ze sprawami przesiękowemi; 9) również przeciwwskazane są kąpiele w chorobach serca, powikłanych z silną niedokrewnością, ponieważ w tych przypadkach nie wywierają one dostatecznego wpływu na serce i naczynia.

Periplocynę i digitoksynę stosował Uskow w 12 przypadkach wad sercowych: pierwszą wstrzykiwał podskórnie dwa razy dziennie w najmniejszej dawce 0,0005; wpływ leku po każdorazowem wstrzyknięciu uwidoczniał się po upływie dwóch godzin i trwał 6—8 godzin. Digitoksynę stosował autor w proszku i w roztworze wyskokowym, w dawce 0,00025 do zwolnienia tętna. Wyniki, do których doszedł, są następujące: 1) periplocyna odznacza się niewątpliwemi własnościami, właściwemi środkom sercowym, mianowicie podnosi i reguluje czynność serca; 2) napięcie naczyń po periplocynie nie ulega zmianom, napełnienie zaś zwiększa się wskutek wzmocnienia czynności serca; 3) parcie krwi nie przedstawia widoczniejszych zmian; 4) ilość moczu podnosi się znacznie; 5) w przeciwieństwie do naparstnicy działanie periplocyny szybko znika po odstawieniu leku; 6) szybkością działania periplocyna zbliża się najwięcej do strofantyny; 7) periplocyna jest wskazaną w przypadkach lekkich i średnich, które nie są powikłane ze znacznem zajęciem serca i innych narządów; 8) periplocyna nie odznacza się własnością działania zbiorowego; 9) wewnętrzne podawanie periplocyny nie nadaje się w zachwianiu wyrównania czynności serca, siła bowiem lecznicza jej jest nieznaczną; 10) wstrzykiwania periplocyny, stosowane systematycznie dwa razy dziennie, w dawce 0,0005—0,0007 do usunięcia objawów zastoinowych, są zupełnie bezpieczne i skuteczniejsze, niż jednorazowe wstrzykiwania jej przez 1—3 doby; 11) ubocznego działania periplocyny autor nie spostrzegał; 12) digitoksyna jest najsilniejszym środkiem sercowym; jest ona wskazaną w tych przypadkach, w których wszystkie inne leki, nie wyłączając i naparstnicy, okazały się bezskutecznymi; 13) digitoksyna zmniejsza wymiary przytłumienia sercowego; uderzenie koniuszkowe i tony (dźwięki) serca stają się silniejsze, a przesięki szybko wchłaniają się; 14) napięcie naczyń po digitoksynie szybko się podnosi; 15) parcie krwi nie ulega wybitnym zmianom; 16) ilość moczu zwykle się wzmaga, lecz niezawsze; 17) dawka 0,00025, stosowana 3—5 razy na dobę, jest wystarczającą dla działania leczniczego; 18) uboczne działanie digitoksyny występuje rzadko, zdradzając się ciężarem pod łyżeczką, nudnościami i wymiotami; 19) digitoksyna sprowadza niekiedy tętno dwójkowe (*pulsus bigeminus*), wobec czego, podając ją, należy mieć chorego w ciągłej obserwacyi.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Gerngross. **Zapalenie okątnicze, a leukocytoza.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 37). Autor potwierdza na mocy swych spostrzeżeń wyniki Curschmanna. W zapaleniach wyrostka robaczkowego z lekkim przebiegiem klinicznym bywała liczba ciałek białych początkowo bardzo znacznie powiększona; w krótkim jednak czasie wracała do normy, podczas gdy w przypadkach ciężkich, które wymagały zabiegu operacyjnego, początkowe zwiększenie się ciałek białych jeszcze się bardziej zwiększało. Autor nie zgadza się co do tego z Curschmannem, aby pojedyńczo spotykana liczba ciałek białych 25.000 i wyżej miała być wskazaniem do operacyi, gdyż znaleźć można przypadki o jeszcze większej liczbie ciałek białych, które to przypadki bywają wyleczone bez operacyi. Małe ilości ciałek białych nie są żadnym dowodem, że istnieje, lub nie istnieje ropienie; w przypadkach bardzo szybko przebiegających niema zazwyczaj leukocytozy. Znaczenie leukocytozy jest wogóle tego rodzaju, że umacnia rozpoznanie i daje wskazówki, czy sprawa chorobowa wzrasta, lub się zmniejsza; nie daje jednak żadnych pewnych danych — za lub przeciw operacyi, gdyż najważniejszą rolę odegrać tu musi stan ogólny, objawy brzuszne, tętno i t. d.

B. Żmigród.

Urbantschitsch. **Mięsienie wibracyjne trąbki usznej w przewlekłym nieżycie ucha środkowego.** (*Monatschrift für Ohrenh.* Nr. 3, 1903), Autor wykonuje mięsienie chrząstkowej części trąbki usznej zapomocą zgłębnika celuloidynowego dawną metodą Urbantschitscha ojca, obok równoczesnego mięsienia wibracyjnego zapomocą peloty, poruszanej motorem, na skrawku, wyrostku sutkowym i górnej bocznej części szyi. Zabieg po jednej stronie trwa dwie minuty, wykonuje się go codzień, albo 3 razy w tygodniu. Poprawa następuje czasem już po kilku, nieraz dopiero po 20—30 posiedzeniach. Mięsienie to skutkuje przez wpływ: 1) na mięśnie trąbki i naprężacz błony bębenkowej, których napięcie modyfikuje w kierunku dla ucha korzystnym; przez 2) oddziaływanie na stosunki krążenia w trąbce, uchu zewnętrznem i środkowem, wreszcie na 3) nerw słuchowy i odruchowo, za pośrednictwem trąbkowych gałązek nerwu troistego.

Spira.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 16 grudnia 1903 r.

Przewodniczy kol. Prof. Nowak, obecnych członków 30.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Prof. Jakubowski, jako przewodniczący Komitetu przedwyborczego, przedstawia listę funkcyonaryuszy Towarzystwa, uchwaloną przez Komitet przedwyborczy na rok 1904, w myśl której przeprowadzono następujący wybór zarządu:

Prezesem obrano kol. Prof. Juliana Nowaka; zastępcą prezesa kol. Prof. Aleksandra Rosnera; sekretarzem dorocznym kol. Ryszarda Urbanika; skarbnikiem kol. Józefa Różeckiego; redaktorem „Przeglądu lekarskiego“ kol. Augusta Kwaśnickiego. Do Komisyi redakcyjnej wybrani zostali: kol. Prof. Stanisław Cie

chanowski, kol. Prof. Jan Raczyński, kol. Maksymilian Cercha i kol. Doc. Maksymilian Rutkowski. Jako delegatów do Rady nadzorczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich wybrano: kol. Prof. Antoniego Marsa i kol. Prof. Antoniego Gluzińskiego. Do Komisyi kontrolującej wybrano: kol. Doc. Wincentego Łepkowskiego i kol. Tomasza Mączkę.

Dr. Dobrowolski,
sekretarz doroczny.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Dnia 14/27 kwietnia 1903 r. zawiązało się przy rzymsko-katolickiem Towarzystwie dobroczynności w Petersburgu Koło lekarzy Polaków, które rozpoczęło oficyalnie swoją działalność, jako filia lekarska Towarzystwa. Członkowie Koła, zebrawszy się w liczbie 26 i rozejrzawszy się w zatwierdzonej przez rząd ustawie, wybrali Komitet, w skład którego weszli: Dr. M. Strawiński — prezes, prof. dr. St. Zaleski — zastępca prezesa, docent dr. W. Orłowski — sekretarz 1-szy, dr. M. Maczewski — sekretarz 2-gi, dr. U. Wierciński — skarbnik; na członków doradców powołani zostali: dr. O. Czeczott, dr. J. Ostrowski, dr. W. Rudzki, dr. S. Wolański i prof. dr. J. Ziemacki.

Na temże posiedzeniu przyjęto w poczet członków Koła drów Kodisa, W. Kozłowskiego, Niedźwieckiego, Sicińskiego, Suchowskiego i Jacuńskiego.

Drugie posiedzenie w dniu 29 – IV (12 — V) 1903.

Obecnych członków 31.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego ogólnego zebrania udziela prezes dr. Strawiński głosu drowi Czeczottowi.

1. Dr. Czeczott wygłasza wspomnienie pośmiertne ś. p. Alfonsa Erlickiego.

2. Dr. Wierciński odczytuje przysłaną na jego ręce przez dra Talko-Hryncewicza rzecz pod tyt.: »Antropologia i jej stosunek do medycyny«.

Dyskusyi nad odczytem wskutek nieobecności autora nie było.

3. Dr. K. Syliwanowicz: »Przypadek nowotworu wątroby«. Prelegent opisuje spostrzegany przez siebie w klinice lekarskiej Akademii przypadek nowotworu, w którym rozpoznano raka wątroby, jakkolwiek wezwani na naradę chirurdzy byli zdania, że mieli do czynienia z bąblowcem wątroby; sekcya wykazała raka wątroby i żołądka z pierwotnem ogniskiem w przełyku; za życia jednak żadnych objawów ze strony przełyku nie było.

W dyskusyi doc. W. Orłowski zaznacza, że rozpoznanie w przypadku prelegenta było na tyle trudnem, że nawet podczas operacyi nie można było orzec, skąd pochodzi nowotwór; przypuszczono, że z trzustki, tymczasem sekcya wykazała pierwotne ognisko w przełyku i przerzuty w żołądku i wątrobie. Na podstawie braku zwiększonej leukocytozy nie można było za życia zaprzeczać możliwości sprawy ropnej w wątrobie, ponieważ ropnie wątroby, jak wykazują nowsze prace, nie zawsze wywołują leukocytozę. Ropnie wątroby mogą również przebiegać i bez gorączki zwalniającej. Na podstawie danych, przytoczonych przez prelegenta, rozpoznano w klinice raka wątroby z pierwotnem ogniskiem w żołądku, za czem przemawiała ta okoliczność, że wymiociny chorej nie zawierały wcale wolnego kwasu solnego.

Prezes dr. Strawiński zapytuje, czy poddano nowotwór badaniu drobnowidowemu i czy to badanie nie wykryło sprawy kiłowej?

Dr. Syliwanowicz: badanie drobnowidowe wykazało właśnie raka. Na tem posiedzenie zakończono.

Trzecie posiedzenie dnia 9/22 V. 1903 roku.

Obecnych członków 16.

Prezes dr. Strawiński zawiadamia zebranie, że dr. Moszyński i dr. Jastrzębski proszą o odłożenie zapowiedzianych przez nich odczytów i udziela głosu dr. W. Orłowskiemu.

Docent W. Orłowski wyłożył rzecz pod tyt.: »Ze spostrzeżeń klinicznych nad przebiegiem śpiączki cukrzycznej«. (Rzecz ogłoszona w Nrze 2-gim 1904 r. «Przeglądu lekarskiego»).

W dyskusyi zabiera głos dr. Wołowski i zaznacza, że w poszukiwaniach klinicznych niezbędne są ścisłe badania przemiany materyi; badania te muszą być prowadzone na szeroką skalę. W obecnym czasie nietylko lekarskie oddziały szpitalne posiadają urządzenia do podobnych badań, lecz zaczęto je urządzać i w szpitalach chirurgicznych. Jako przykład służyć może klinika prof. Weljaminowa, w której na wezwanie kierownika urządził dr. W. pracownię chemiczno-kliniczną. Prowadząc te badania, należy pamiętać, że wszelkie oznaczenia muszą być obliczane z dobowej ilości moczu; odsetkowe bowiem liczby nie mają zgoła żadnego znaczenia. Następnie ważnem jest zawsze obliczanie stałych części moczu, do czego używam współczynnika Haesera. Wreszcie, ogromną wartość przyznaję oznaczaniu w moczu całkowitego azotu, jak również azotu utlenionego i nieutlenionego. Podobne badania są tembardziej niezbędne u chorych cukrzyczych, tylko bowiem one wyświetlą przyczynę śpiączki cukrzycej. Dla mnie nie ulega wątpliwości, że właśnie anomalia azotowa stanowi najgłówniejszą przyczynę tej śpiączki. Istotnie, wtenczas, gdy w ustroju osobników zdrowych zaledwie 9% całkowitego N przypada na azot nieutleniony, reszta zaś 91% na azot utleniony, u chorych cukrzyczych azot nieutleniony wynosi 20—22%, utleniony zaś nie więcej nad 78—80%. Do tego należy dodać, że ilość całkowitego azotu u nich jest również znacznie podniesioną. W ten sposób u chorych cukrzycych zawartość nieutlenionego azotu jest w wysokim stopniu spotęgowaną; główną część tego N stanowi amoniak. Badań podobnych niema w pracy prelegenta, również niema w jego pracy analizy oddechowej, której zbadanie jest bardzo ważnem u chorych cukrzyczych. Brak tych badań stanowi poważną lukę w badaniach prelegenta.

W odpowiedzi dr. W. Orłowski zaznacza: Zarzuty uczynione mi przez kol. Wołowskiego uważam za chybione. Kol. Wołowski rozprawiał dużo o badaniach przemiany materyi i ich doniosłości i wygłosił zdania słuszne, coprawda ogólnie znane. Zapomniał jednak kol. Wołowski, że nie można narzucać żadnemu badaczowi kierunku, w którym ma prowadzić swoje badania. Mamyż zapomnieć, że wolność myśli i słowa jest pierwszą dźwignią postępu wiedzy i ludzkości? Życzeniem kol. Wołowskiego oczywiście jest to, żebym podjął się wyjaśnienia patogenezy śpiączki cukrzycej; właśnie tej sprawy nie miałem wcale zamiaru poruszać w swoim odczycie. O patogenezie śpiączki cukrzycej miałem zaszczyt mówić na temże miejscu już przed 1½ laty, przedkładając wyniki własnych poszukiwań, dotyczących stanu zasadowości krwi w różnych sprawach chorobowych. Dzisiejszym odczytem zamierzałem naszkicować nie patogenezę, lecz kliniczny przebieg śpiączki cukrzycej. W tym jednak obrazie klinicznym nie miałem zamiaru zastanawiać się nad całokształtem jego, a ograniczyłem się tylko do przedstawienia niektórych rysów, dotychczas mało wyświetlonych w piśmiennictwie. Pod tym względem również każdy badacz powinien mieć zupełną swobodę wyboru. Te dane, które dziś przedstawiłem, istotnie są bardzo pouczające, zwłaszcza gdy jeszcze raz zaznaczę, że śpiączka cukrzycza może wystąpić u chorego na cukrzycę wtenczas, gdy w moczu cukru już się nie wykrywa, wskutek czego, jeśli chory przed tem nie był nam znany, podstawowe cechy śpiączki nie mogą być rozpoznane.

Kol. Wierciński przypuszcza, że brak cukru w moczu jednego z chorych na śpiączkę cukrzyczą mógł zależeć od powikłania tej sprawy z gruźlicą prosówkową.

Dr. Piotrowicz zaznacza, że w jednym przypadku śpiączki cukrzycej otrzymał świetne wyniki po zastosowaniu nadtlenku wodoru (*hydrogenii peroxydati*), który zalecał już Jaccoud.

Prezes dr. Strawiński dziękuje w imieniu zebrania prelegentowi i zamyka posiedzenie. *Witold Orłowski.*

V. Z historyi wziernika ocznego.

Podał
Dr. Wiktor Reis.

„Η δὲ κόρη καλουμένη τοῦ ὀφθαλμοῦ μέλαν φαίνεται διὰ τοῦτο, ὅτι ἐν βαθεῖ ἐστι καὶ χιτῶνες περὶ αὐτό εἰσι μέλανες“. (Hippocrates) [1]).

Próby wyjaśnienia faktu, dlaczego źrenica oka wydaje nam się czarną, sięgają dalekiej przeszłości. Już w począ-

[1]) Hirschberg: Geschichte der Augenheilkunde. Graefe-Saemisch II Aufl. 1899.

tkach wiedzy lekarskiej, za czasów Hipokratesa, wyrażano się w ten sposób, że „źrenica oka dlatego jest czarną, ponieważ leży w głębi i dokoła otoczoną jest ciemnymi osłonami“. Z małemi odmianami zapatrywanie to utrzymywało się przez wieki całe i umysł ludzki nie mógł wpaść na trop rozwiązania zagadki. Dopiero zastanawianie się nad zjawiskiem wprost przeciwnem, nad odblaskiem lub błyszczeniem się oczu, utorowało z biegiem czasu drogę do zrozumienia właściwej istoty spostrzeganego zjawiska i uwieńczenia dodatnim wynikiem tak długo bezowocnych starań.

Błyszczenie oczu u rozmaitych zwierząt spostrzegano już od dawna. Uważano je z początku za zjawisko nadprzyrodzone, jak o tem świadczy ciekawy zabytek z XVII wieku, sztych z r. 1674, odtworzony w dziele Dra Reicha: „Der Gelehrte“ [2]).

Sztych niemiecki p. n. „Cardinal Crescentius sieht eine Spukerscheinung“ przedstawia kardynała, zajętego pisaniem listów, na biurku ustawioną jest świeca, a nieco dalej w głębi pokoju stoi pies z iskrzącemi się oczyma. Jak kronika opowiada, zjawisko to tak silne wywarło wrażenie na kardynale, że w kilka dni potem umarł z przestrachu. Gdy jednak uważnie przypatrzymy się rycinie, spostrzeżemy, że były wszelkie warunki, wymagane obecnie do oświetlania dna oka. Iskrzące się oczy psa znajdują się w tej samej linii, łączącej źródło światła z oczyma kardynała.

W r. 1704 Méry donosi Akademii lekarskiej w Paryżu o swem doświadczeniu: zanurzał on mianowicie głowę kota z otwartem okiem pod wodę i otrzymywał przy świetle dziennem dokładny obraz naczyń na dnie oka. De la Hire w r. 1709 objaśnił to zjawisko: woda, posiadająca w przybliżeniu ten sam współczynnik załamywania światła, jak środki łamiące oka, znosiła działanie rogówki, wobec czego promienie z oka wychodziły w kierunku silnie rozbieżnym. Spostrzeżeń tych jednak nie umiano wykorzystać.

Przypisywano nadal błyszczenie oczu właściwościom budowy dna oka zwierzęcego, opatrzonego makatem barwnolśniącym (*tapetum lucidum*), który miał posiadać zdolność samodzielnego wytwarzania światła. Gdy zwierzęta drażniono, odblask oczu stawał się silniejszym, nie omieszkano więc dopatrywać w układzie nerwowym bezpośredniego wpływu na powstawanie tego zjawiska.

Na bezpodstawność takiego mniemania zwrócił uwagę Prevost z Genewy [3]), który pierwszy w r. 1810 wykazał związek przyczynowy między odblaskiem oczu a odbiciem promieni świetlnych, które, skoro dosięgną dna oka, wracają odbite do pierwotnego źródła światła. Następni badacze, jak Gruithuisen, Rudolphi, Müller, Essen i inni [3]) stwierdzają zgodnie, że do zobaczenia błyszczenia oczu koniecznem jest, by oko badającego skierowanem było w pewnym ściśle określonym kierunku

W oczach ludzkich spostrzegano z początku błyszczenie oczu tylko w pewnych rzadszych sprawach chorobowych. Beera „amaurotyczne oko kocie“ przy glejakach siatkówki może tu posłużyć za przykład. Według Behra (1839) także w braku tęczówki można było widzieć dno oka z chwilą, gdy skierowaliśmy wzrok w stronę oka badanego równolegle do źródła światła.

Purkinje [4]) w dziele swem z r. 1823 p. t. „Commentatio de examine physiologico organi visus“ ogłasza dokonane przez się doświadczenia oświetlania dna oka, z których okazuje się, że prawie blizkim już był rozwiązania tego trudnego zadania.

„Quoties certa directione oculum caniculi inspexissem, lumen illud percellens apparebat, donec fontem invenirem lumen e cavitate vitri in interna oculi reflexum indeque iterum retroffexum“. Zapomocą szkła wklęsłego, przeznaczonego dla krótkowidzów, odbijał Purkinje światło obok stojącej świecy w kierunku do oka badanego, poczem promienie odbite na drodze powrotnej dostawały się do jego własnego oka.

Podobnież ma się rzecz z doświadczeniem Erlacha, z r. 1846 [5]), który wielokrotnie u znajomych swych wywoływał czerwono zabarwiony odblask oczu, wtenczas, gdy oni spoglądali w obraz płomienia świecy, odbity na powierzchni jego szkieł okularowych.

W tym samym mniej więcej czasie Brücke wywoływał doświadczalnie błyszczenie oczu u zwierząt i u ludzi, oświetlając w ciemnej przestrzeni ich oczy silną latarnią i patrząc się równocześnie w kierunku promieni świetlnych do oka badanego. Dalsze jednak usiłowania Brückego do zrobienia przyrządu, któryby służyć mógł do oświetlania dna oka, spełzły na niczem. Na to trzeba było dopiero geniusz Helmholtza, który luźne dotąd spostrzeżenia ujął w jedną całość i opierając się na trwałych podstawach wiedzy fizycznej i matematycznej, stworzył w r. 1850 — wziernik oczny.

Czterdzieści lat później opowiada sam Helmholtz [6]) historyę swego wynalazku.

„...Wziernik oczny jest zaiste najpopularniejszym z moich naukowych czynów, ale powiedziałem już okulistom, że szczęście większą tu odegrało rolę, niż moja zasługa. Uczniom moim miałem wyłożyć teoryę błyszczenia oczu, wypracowaną przez Brückego. Brücke o włos był tylko oddalony od wynalazku wziernika ocznego. Zaniedbał tylko zapytać siebie samego, do jakiego optycznego obrazu należą promienie, wychodzące z oświetlonego oka... Gdyby to pytanie był sobie zadał, byłby podobnie, jak i ja, w stanie równie prędką znaleźć na nie odpowiedź i plan wziernika byłby gotów. Chcąc słuchaczom moim ten problemat jak najzrozumialej przedstawić, rozpatrywałem go z rozmaitych punktów widzenia i natrafiłem na to pytanie. Ze studyów lekarskich znałem braki okulistów w zakresie rozpoznawania chorób ocznych, objętych wspólnem mianem „czarnej zaćmy“ i natychmiast wziąłem się do sklejenia przyrządu ze szkieł okularowych i szkieł nakrywkowych do preparatów mikroskopowych. Z początku trudności były wielkie; bez teoretycznego przeświadczenia, że dopnę celu, nie wytrwałbym przy pracy. Ale po 8 dniach miałem tę radość, że byłem pierwszy, który jasno oglądał żywą ludzką siatkówkę“...

Pierwszą wzmiankę o wynalazku Helmholtza, jeszcze przed ogłoszeniem oficyalnej rozprawy o wzierniku, znajdujemy w liście, pisanym do ojca 17 grudnia 1850 r. [6]): „Przy sposobności mych wykładów z fizyologii narządów zmysłowych, — pisze Helmholtz, — zrobiłem wynalazek, który być może przyniesie największą korzyść nauce o chorobach ocznych. Wynalazek leżał jak na dłoni, nie wymagał żadnych dalszych wiadomości, jak to, czego w gimnazyum z optyki się nauczyłem, że śmiesznem mi się teraz wydaje, jak inni i ja sam tak zabitą mogliśmy mieć głowę, by go odrazu nie pochwycić. Jest to bowiem połączenie szkieł, które umożebnia nam oświetlenie przez źrenicę ciemnego dna oka i to bez zastosowania rażącego światła i równocześnie dozwala nam oglądać wszystkie szczegóły siatkówki i to dokładniej, aniżeli zazwyczaj widzi się bez powiększenia zewnętrzne części oka, ponieważ części przeźroczyste oka stanowią w tym przypadku dla siatkówki lupę o 20-krotnem powiększeniu. Naczynia widzi się jak najdokładniej, rozgałęzienia tętnic i żył, wejście nerwu ocznego itd.

Dotychczas cały szereg najważniejszych chorób, znany pod nazwą „czarnej zaćmy“ był *terra incognita*, gdyż o zmia-

[2]) Klin. Monatsbl. für Augenh. XL. 1902.
[3]) Helmholtz: Physiologische Optik. 2 Aufl. 1897.
[4]) Klin. Monatsbl. für Augenh. XL. 1902.
[5]) l. c.
[6]) Koenigsberger. Herman v. Helmholtz. Braunschweig. 1903.

nach chorobowych w oku za życia lub też po śmierci najczęściej mało co można się było dowiedzieć. Mój wynalazek umożliwia najbardziej szczegółowe badanie wewnętrznych części oka. Obchodzę się też z tym wynalazkiem, jak z jajem Kolumba, ogłosiłem go jako moją własność w fizycznem Stowarzyszeniu w Berlinie, kazałem obecnie sporządzić sobie przyrząd, który będzie lepszym i wygodniejszym, niż moje dotychczasowe zlepki, a jeżeli będzie możebnem, przedsięwezmę badania chorych wraz z tutejszym głównym okulistą i dopiero później rzecz całą ogłoszę".

(Dokończenie nastąpi).

VI. Sprawozdanie z Zgromadzenia Towarzystwa otologicznego niemieckiego w Wiesbadenie.

(29 i 30 maja 1903 r.).

Zestawił

Dr. R. Spira.

I. Denker (Erlangen): **O zroście strzemiączka** (referat) Na podstawie przedstawionego szeregu obrazów powiększonych omawia referent zmiany an tomo-patologiczne, spostrzegane na strzemiączku, więzadle pierścieniowatem, torebce błędnikowej i streszcza wyniki poszukiwań swych w tym kierunku. We wszystkich przypadkach kostnego zrostu strzemiączka dotyczył on przeobrażenia prawidłowej tkanki kostnej strzemiączka i kości, otaczającej uchyłek okienka owalnego, w tkankę kostnawą i następnie gąbczastą, przyczem w niektórych przypadkach więzadło pierścieniowate przeobraziło się całkowicie w nowotworzoną masę kostną, podczas gdy w innych strzemiączko zostało połączone z brzegami okienka mniej lub więcej szerokimi mostkami kostnymi. Według zdania niektórych badaczy powstanie tych przeobrażeń w kości zależy od poprzednich spraw zapalnych błony śluzowej ucha środkowego; inni zaś sądzą, że idzie tu o sprawę, wychodzącą pierwotnie z okostnej i kości Referent jest zdania, iż nietylko ze stanowiska teoretycznego łatwo jest zrozumieć, że choroba ucha środkowego prowadzi do kostniejącego zapalenia okostnej i do przytoczonych zmian w kości, lecz także częste spółistnienie choroby ucha środkowego i kostnej ściany błędnika czyni prawdopodobnymi dla pewnej części przypadków przyczynowy między niemi związek. Dla przypadków zaś, w których na błonie śluzowej jamy bębenkowej nie można wykazać żadnych zmian, należy koniecznie przypuścić pierwotne zajęcie okostnej i kości

Co do etyologii, to statystyka poucza, że kostny zrost strzemiączka zdarza się przeważnie u kobiet, które w większej części przypadków odnoszą to cierpienie do przebytej ciąży i połogu, podczas gdy z obliczeeń wszystkich innych chorób usznych wypada $^3/_5$ na płeć męzką, a $^2/_5$ na żeńską. Pewną rolę etyologiczną należy przypisać zboczeniom ustrojowym, za czem przemawia ta okoliczność, że choroba ta zazwyczaj bywa obustronną, a także stopień przytępienia słuchu bywa po obu stronach równym.

Rozpoznanie zasadza się na następujących objawach: znaczne przytępienie słuchu, prawidłowy stan błony bębenkowej i trąbki Eustachiusza, obok trójki Bezolda: posunięcie się w górę dolnej granicy słuchu dla tonów, przedłużenie przewodnictwa kości czaszki, ujemny wynik próby Rinnego. Pod względem leczenia należy unikać wszelkich zabiegów miejscowych, szczególnie tuszu powietrznego, gdyż co do słuchu pozostają one nietylko bez skutku, lecz raczej szkodzą. Natomiast przedmiotowe wrażenia słuchowe towarzyszące temu cierpieniu, mogą się czasem zmniejszyć, albo na krótszy lub dłuższy czas ustąpić pod wpływem elektroruchowego mięsienia błony bębenkowej.

II. Bezold (Monachium): **Próba słuchu zapomocą strojników w głuchocie jednostronnej i wnioski dające się z niej wysnuć dla przewodnictwa kostnego i dla czynności narządu przewodzącego głos.** Prelegent wskazuje na znaczenie rozpoznania jednostronnej głuchoty dla rokowania i dla mających się wykonać zabiegów operacyjnych; przedstawia wnioski, dające się wysnuć z próby słuchowej zapomocą ciągłego szeregu tonów i przychodzi do wniosku, że bezpośrednie przewodnictwo kości do błędnika nie istnieje i że bez błony bębenkowej i bez kostek słuchowych słuch dla dolnej połowy gamy tonów wcaleby nie istniał, a przewodzenie górnej części gamy do błędnika odbywa się za pośrednictwem drgającej nożnej płytki strzemiączka.

III. Moxter (Wiesbaden) przedstawia chorą, 45 lat liczącą, która cierpiała **na ciężką gruźlicę ucha środkowego.** Przy operacyi doszczętnej znaleziono wysokiego stopnia zniszczenie kości sutkowej aż po zatokę poprzeczną i oponę twardą. W następstwie operacyi wystąpiło porażenie nerwu twarzowego. Wśród leczenia, przy używaniu przyżegań zgęszczonym rozczynem chlorku cynkowego, nastąpiło nareszcie wyleczenie z ustąpieniem porażenia nerwu twarzowego.

IV. Scheibe (Monachium): **Przytępienie słuchu przy czyrakach w przewodzie zewnętrznym ucha.** Niedosłyszenie przy czyrakach usznych może pochodzić nietylko wskutek zwężenia światła przewodu usznego zewnętrznego, lecz także jako następstwo obrzęku obocznego jamy bębenkowej przy prawidłowem świetle przewodu. Ten rodzaj niedosłyszenia mało wprawdzie jest znanym, lecz zdarza się nierzadko. Prelegent zbadał słuch u 140 takich chorych i znalazł go nieprawidłowym u 64. Odległość słuchu na szept była w połowie tych przypadków obniżoną do 3—6 mtr.; w ćwierci od $^1/_2$ do 3 m., a w ostatniej ćwierci niżej $^1/_2$ m. Najsilniejsze obniżenie przy dawniej prawidłowym słuchu wynosiło 20 ctm. na szept. Dolna granica słuchu dla tonów, przewodnictwo kostne i próba Rinnego zachowują się w tej chorobie podobnie, jak w ostrem zapaleniu ucha środkowego. Przy cewnikowaniu powietrze dostaje się do ucha środkowego przeważnie bez rzężenia, a słuch poprawia się znacznie. Rokowanie wcale dobre.

V. Siebenmann (Bazylea) demonstruje szereg preparatów **wrodzonych zboczeń błędnika,** mających wielkie podobieństwo do zboczeń odpowiednich u głuchych kotów. Zmiany te należy uważać za następstwo późniejszego ucisku, wywartego przez rozwijającą się prawidłowej wielkości torebkę kostną na zarodkowy pęcherzyk błędnikowy, założony w zbyt wielkich rozmiarach.

VI. Kretschmann (Magdeburg): **Kamica jamy bębenkowej.** U 11-letniego chłopca, cierpiącego od pierwszego roku życia na ropienie i ropnie w prawym narządzie słuchowym, znalazł prelegent w jamie bębenkowej skrzeplinę (Concrement) wielkości grochu, obrośniętą ziarniną. Po opisaniu własności chemicznych i bakteryologicznych tego ciała wyraża prelegent zdanie, że nazwa „Otolithiasis", proponowana przez Bezolda dla tego rodzaju ciał obcych, jest odpowiednia celowi.

VII. Brühl (Berlin): **Migdałki gardłowe i narząd uszny u idyotów.** Prelegent podaje wyniki swoich badań idyotów. Znalazł on u 75% idyotów powiększone migdałki gardłowe; u 28% powiększone migdałki podniebienne. Tylko u 32% błona bębenkowa była prawidłową; u 5·7% istniało przewlekłe ropienie uszne; u $14^1/_2$% ropienie także było przedtem. Z 306 narządów usznych, badanych pod względem słuchu, 30% słyszało niżej 8 M., 22% niżej 4 M. Na oba uszy słyszało niżej 4 M. 20%. Znaczne te liczby przerostu migdałków gardłowych i chorób usznych dają się wytłómaczyć idyotyzmem, zaniedbaniem i lenistwem. Aczkolwiek choroby nosa i uszów nie mają ważnego znaczenia etyologicznego dla powstania idyotyzmu, to przecież wywierają one ujemny wpływ na życie duchowe dyotów. Za tem przemawia znaczna liczba niedosłyszących w gorszych klasach szkoły dla idyotów, w porównaniu do małej ich liczby w klasach lepszych, a wreszcie wyniki leczenia.

VIII. Rudolf (Wiesbaden): **O przebiegu zatoki esowatej w kości skroniowej dziecięcej.** Na podstawie zbadania wielkiej liczby czaszek potwierdza prelegent fakt, podany przez Macewena. wedle którego przebieg zatoki esowatej zaznacza się linią łączącą najniższy punkt wcięcia ciemieniowego (incisura parietalis) kości skroniowej z końcem wyrostka sutkowego. Odmiennie rzecz się ma u dzieci, o czem w piśmiennictwie wzmianki niema. Na czaszce dziecięcej przednia granica zatoki esowatej leży różnie, daleko poza linią Macewena. Na pięciu czaszkach dziecięcych różnego wieku wieku wyjaśnia R. przebieg tej zatoki i rozwój wyrostka sutkowego kości skroniowej dziecięcej.

IX. Haug (Monachium): **O zgorzeli małżowiny usznej.** Wskazawszy na 12 dotychczas w piśmiennictwie znanych przypadków tej choroby, podaje H dwa własne spostrzeżenia, dotyczące dwóch oseśków, cierpiących obok najwyższego stopnia suchót krezkowych na zgorzel małżowin. Jedno dziecko 10-tygodniowe miało zgorzel symetryczną obu muszli usznych i wielki wrzód zgorzelinowy na prawej bocznej części szyi. Drugie 6-tygodniowe dziecko dotknięte było zgorzelą tylko po jednej stronie. Powstanie zgorzeli w tych przypadkach tłómaczy H. zmniejszeniem energii życiowej przez pierwotne suchoty krezkowe w połączeniu z następowem zakażeniem okolicy zausznej i nadobojczykowej, poprzednio zajętej wypryskiem.

X. Friedrich (Kiel): **O zajęciu stawu żuchwowego, spowodowanem próchnieniem przedniej ściany zewnętrznego przewodu usznego.**

XI. Röpke (Solingen): **Histerya, występująca jako następstwo, lub objaw towarzyszący ropieniu ucha i kości**

skroniowej. Histerya rozwija się nierzadko w przebiegu ropienia usznego i to z wielorakich powodów. U chorych, cierpiących na ropienie uszne, układ nerwowy wystawiony jest na szwank i może zostać upośledzony z powodu takich zabiegów, jak przestrzykiwanie ucha, przyżeganie i skrobanie ucha, oddłutowanie wyrostka sutkowego, leczenie pooperacyjne i t. p. Najważniejszym czynnikiem przyczynowym, wywołującym histeryę u wielu osób, dotkniętych ropieniem usznem, jest obawa przed niebezpiecznem powikłaniem śródczaszkowem. Obawa ta nieraz tak opanowuje myśli takich chorych, że nareszcie tracą oni siłę odporności, stają się histerycznemi, przyczem objawy histeryczne mogą upozorować chorobę śródczaszkową. Prelegent podał pięć spostrzeganych przez siebie przypadków, w których histerya wystąpiła u chorych, dotkniętych ropieniem usznem i dał obraz rozpoznania różniczkowego tego cierpienia.

XII. Heine (Berlin): **Afazya amnestyczna i widzenie połowicze wskutek ropnia prawego płatu skroniowego i potylicznego.** U chorego z przewlekłem prawostronnem cuchnącem ropieniem usznem wykonano całkowite oddłutowanie wyrostka, przyczem znaleziono: rozpadły żółciołojak, odsłoinę w jamie sutkowej; opona twarda była odsłonięta na przestrzeni 20-fenigówki; w trzy dni później wystąpiła wyraźna afazya amnestyczna, agrafia i parafazya. Chory jest prawakiem. Operacya druga odsłoniła głęboki ropień płatu skroniowego prawego, przyczem zboczenia mowy się poprawiały. Po 14-tu dniach wystąpiły ciężkie ogólne objawy mózgowe i powrót dawniejszych objawów afatycznych, do których przyłączyło się połowicze widzenie. Po rozszerzeniu rany mózgowej i wydalaniu 3—4 łyżek stołowych cuchnącej ropy nastąpiła znów poprawa. Po dalszych 14-tu dniach znowu wróciły silne bóle głowy, wymioty, ogólny zapad, bez objawów niedowładu. Dalsze odsłonięcie płatu potylicznego doprowadziło do próżnej jamy. Wydalenie obfitej ilości ropy. Ropień rozszerzył się więcej na wewnątrz. Po 10 dniach czwarta operacya z powodu ciężkich objawów ogólnych, przyczem znaleziono tkankę mózgową częściowo rozmiękłą, ropy w niej nie znaleziono. Potem było jeszcze dwa napady bardzo silnych bólów głowy, nudności, wymiotów, ogólnego zapadu, które jednak po 24 godzinach samoistnie minęły. Po pięciu miesiącach chory nareszcie wyzdrowiał. Przypadek ten, na którym poraz pierwszy (?) stwierdzono zaburzenia mowy u prawaka wskutek ropnia w prawym placie skroniowym, poucza, że przy obustronnem przewleklem ropieniu ucha środkowego z objawami afatycznymi nie wolno pospiesznie przyjmować lewego płatu skroniowego za siedzibę ropnia mózgowego, wywołującego te objawy i przystępować zbyt pochopnie do operacyi w tem miejscu. (Objawy afatyczne przy ropniu mózgowym prawostronnym są wprawdzie rzadkie; a jednakże przypadek H. nie jest jedynym, jak to sądzi ten autor, gdyż Hammerschlag przytacza (*Monatschrift für Ohrenh.* 1901, Nr. 1) z piśmiennictwa trzy podobne przypadki. (*Przypisek sprawozdawcy*).

XIII Bloch (Freiburg): **O znieczulaniu skopolaminą.** B. poleca skopolaminę do znieczulenia przy operacyach dłużej trwających. Wstrzykuje on podskórnie trzy razy po 1·0 następującego roztworu: *Scopolamini hydrobromici: 0·012, morphii hydrochlorici 0·12, aqu. destill. 10·0;* wstrzykiwanie robi raz na cztery godziny przed operacyą, raz na dwie godziny i trzeci raz na godzinę przed rozpoczęciem operacyi. Jeżeli mimoto chory przy operacyi cierpi, to się przykłada na krótki czas maskę chloroformową. Po obudzeniu się z uśpienia chorzy czują się zwykle bardzo dobrze.

XIV. Eschweiler (Bonn): **Przeszczepienie i pierwszy opatrunek po całkowitem oddłutowaniu wyrostka sutkowego.** Prelegent poleca gazę wioformową, wyrabianą według przepisu Schmiedena, jako najlepszy środek do tamponowania po odsłonięciu przestworów ucha środkowego i wyrostka sutkowego. W pięciu przypadkach całkowitego oddłutowania przeszczepiono przy operacyi płat Thierscha do jamy sutkowej, który przyrósł bez ropienia pod pierwszym opatrunkiem; opatrunek należy zostawić 14 dni bez zmiany. W dalszem leczeniu bezwonna gaza wioformowa wywiera wybitne działanie odwaniające i ogranicza zbytnie bujanie ziarniny.

XV. Holscher (Ulm): **O stwardnieniu (Sklerosirung) wyrostka sutkowego.** W przewlekłych sprawach ropnych ucha środkowego przychodzi często do stwardnienia wyrostka sutkowego, które może łatwo dać powód do zastoju i zatrzymania ropy i przyczynić się przez to do rozszerzenia się zapalenia ropnego na wnętrze czaszki.

Przyszłe zgromadzenie Towarzystwa odbędzie się w Zielone Święta 1904 roku w Berlinie.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 21 stycznia.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne; na którem kol. Dr. Żeleński miał wykład „O aglutynacyi paciorkowców".

* *Otrzymujemy następujący komunikat z prośbą o ogłoszenie:*

»Na posiedzeniu Rady Zawiadowczej Towarz. lekarzy galic., odbytem d. 14 b. m. 1904 roku, udzielono zapomóg w łącznej kwocie 719 koron i rozdzielono je między 5 wdów i 2 sieroty po zmarłych członkach Tow. lek. galicyjskich. Na rok 1904 udzielono zatem, wraz z kwotą poprzednio wykazaną, ogółem 3379 koron.«

Dr. Szulisławski sekretarz generalny. *Dr. Merunowicz* prezes.

Z komunikatu tego, jak niemniej i z wykazu ogłoszonego na tem miejscu w N. 1 »Przegl. lekarskiego«, wynika, że budżet zapomogowy lekarzy galicyjskich jest najwydatniejszy jeszcze w kasie Towarzystwa lekarzy galicyjskich, a tem samem i wpisywanie się do tego Towarzystwa leży w interesie nie tylko tych kolegów, którzy żyją w trosce o byt rodziny, lecz i tych wszystkich, którzy, sami zabezpieczeni, małym lecz zbiorowym przyczynkiem pragnęliby podać rękę koledze i bliźniemu, lub rodzinie po nim pozostałej. Zanim się ziszczą szeroko zakreślone projekta, których teoretyczną wartość rozumiemy, a urzeczywistnienia z duszy pragniemy, popierajmy narazie dzieło już istniejące, realne, wieloletni owoc usiłowań altruistycznych całego pokolenia lekarzy, którego szybszy rozwój i jeszcze wydatniejsze świadczenie jest w naszem tylko ręku.

* Prawdziwie podarunkiem gwiazdkowym obdarzyła Redakcya »Nowin lekarskich« swoich abonentów. Zbiorowy N. 1 i 2 zawiera prócz zwykłej treści 14 artykułów oryginalnych, poświęconych głównie tak ważnej sprawie, jaką jest dziś gruźlica Obok wartości prac naukowych dar ten jest tem milszy, że świadczy o szerokich stosunkach literackich i o pomyślnym rozwoju organu lekarzy wielkopolskich.

* Prof. Dr. Władysław Reiss i Dr. Eug. Borzęcki mianowani zostali członkami Towarzystwa dermatologicznego we Wiedniu.

* Prezesem Towarz. lekarskiego w Łodzi wybrany został Dr. Joncher, wiceprezesem Dr. Rundo, sekretarzem dorocznym Dr. Kaufman.

* Wydział krajowy mianował Dr. Ant. Jurasa, sekundaryusza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, dyrektorem szpitala powszechnego w Białej; zaś Dr. Romana Puzona sekundaryuszem szpitala powszechnego w Jarosławiu.

* Dowiadujemy się, iż z wiosną b. r. ukaże się pod redakcyą Dr. Ksawerego Gorskiego ilustrowany polski przewodnik po zdrojowiskach, który zawierać ma opisy wszystkich naszych uzdrowisk, stacyi klimatycznych i t. d., oraz służyć do jak najrozleglejszego szerzenia wiadomości zarówno wśród lekarzy, jak i publiczności o naszych miejscowościach leczniczych. Wydawnictwo to otrzyma każdy z członków tegorocznego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

* Związek austryackich Stowarzyszeń lekarskich zaprasza Towarzystwa lekarskie, należące do tej organizacyi, na wiec, który odbędzie się dnia 6 marca 1904 r. o godzinie 9 rano w Wiedniu, w sali posiedzeń Izby lekarskiej wiedeńskiej. Porządek dzienny obejmuje 12 punktów, z których dla nas, a w szczególności dla członków Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, ma doniosłe znaczenie punkt 9, który brzmi: »Zmiana statutu »Instytutu zapomogowego dla wdów i sierót po lekarzach, istniejącego przy Związku austryackich Towarzystw lekarskich«. Izba lekarska zachodnio-galicyjska uchwaliła wpisać swoich członków do tego »Instytutu zapomogowego«, atoli pod warunkiem uzupełnienia statutu w kierunku liczbowo oznaczonego udziału członków Izby przy rozdzielaniu majątku Instytutu, w razie jego rozwiązania, oraz rękojmi, że gdyby po latach zamierzyła Izba dla jakichkolwiek powodów wypisać swoich członków z »Instytutu zapomogowego«, przypadnie im jakaś określona kwota z złożonych w ciągu lat wkładek. Ponieważ Komitet wykonawczy Instytutu żądania Izby zachodnio-galicyjskiej przyjął przychylnie, ufać należy, że wiec zmieni § 9 statutu po myśli naszej.

* Między 5 a 7 stycznia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brzeżańskim (1 gm.), jarosławskim (3 gm.), jaworowskim (1 gm.), kamio-

neckim (3 gm.), przemyślańskim (1 gm.), śniatyńskim (1 gm.), zaleszczyckim (3 gm.)

* Do »Towarzystwa samopomocy lekarzy« przystąpili w pierwszej połowie miesiąca stycznia b. r. następujący nowi członkowie, koledzy: Brandman A. (Pobużna), Cieszewski Wład. (Nadwórna), Dadlez Julian (Rawa Ruska), Landau Fryderyk (Lwów), Sumorok Konstanty (Gwoździec), Zakrzewski Józef.

Dr. Langie I sekretarz.

Mianowania. Dr. Horsley mianowany profesorem chirurgii w Richmond.

Nekrologia. Dr. Clar, prof. nadzwyczajny bakteryologii i klimatoterapii, zakończył życie w Wiedniu, licząc lat 60.

Bibliografia:

— *Nowiny lekarskie* Nr. 1 i 2. Ciechanowski: W sprawie wrót zakażenia gruźliczego. Kučera: Zarys patologicznej anatomii gruźlicy. Moraczewski: Chemia krwi gruźliczej. Sokołowski: Zapalenie ropne opłucnej natury gruźliczej. Gantz: Obecny stan nauki o tuberkulinie. Halpern: O niektórych najnowszych zdobyczach, dotyczących biologii prątka gruźliczego. Thomayer: Rozpoznawanie pierwszych okresów rozwoju gruźlicy płuc. Gałecki: Dobroczynne powikłania w gruźlicy płuc. Pelnař: Rokowanie przy gruźlicy. Frankenberger: Rzadszy przypadek gruźlicy krtani. Zembrzuski: O gruźlicy wyrostka robaczkowego. Łuniewski: Pogląd na obecny stan nauki o gruźlicy narządów rodnych kobiecych. Karwowski: Pogląd na choroby skóry gruźlicze i gruźlicowate, oraz na ich leczenie. Maliniak: Sanatorya i ich rola w walce z gruźlicą.

— *Gazeta lekarska* Nr. 2. Krokiewicz: Dwa przypadki choroby Hodgkina. Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych skóry w *herpes progenitalis*. Kryński: W sprawie powstawania i leczenia opadnięcia nerki (dok.).

— *Medycyna* Nr. 2. Neugebauer: Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o hermafrodytyzmie? (c. d.). Szmurło: Przypadek ruchów rytmicznych krtani u histeryczki.

— *Głos lekarzy* Nr. 2 zawiera: Znaczenie projektu ordynacyi dla lekarzy. — Opinie Izb lekarskich w sprawie tytułu specyalisty. — Reforma szpitalnictwa krajowego. — W sprawie szczepienia — Spór lekarzy miejskich z fizykiem m. Lwowa. — Z organizacyi lekarskich. — Z debat sejmowych w sprawach sanitarnych. — Jeszcze w sprawie tłumienia epidemii. — Z organizacyi lekarskich.

— *Kronika lekarska* Nr. 1. Andrzejewski: Krwotoczność zimnicza, oraz o krwotokach i krwawieniach zimniczych. Kobryner: Przypadek pląsawicy, powikłany histeryą u dziecka.

— *Sbornik klinický* N. 2. Maydl: O vrozeném vysokém stavu lopatky. Procházka: Endocarditis experimentalis.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 2. Výmola: K therapii tuberkulosy ušni, nosni, hltanové, hrtanové, a plicni pomoci hetolu. Siebera: Těžká polyneuritis s příznaky výhradně motorickými původu arsenoveho. Mladějovský: Diabetes.

— *La Presse médicale* N. 2. Bezançon i Labbé: Ogólne uwagi o hematologii. Lermoyez: Pogadanki o elektryczności. Laignel-Lavastine: Radioterapia w leczeniu raka.

N 3. Cavaillon i Trillat: Leczenie choroby Brighta za pomocą dekapsulacyi nerek podług Edebohlsa. Saquet: Gimnastyka i miesienie w lecznictwie.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 2. Strauss: Wydalenie w kształcie cewy błony śluzowej przewodu pokarmowego i zacieśniający przerost odźwiernika po zatruciu się kwasem solnym. Rosenfeld: O metodzie oznaczania granic serca. Ito: O pierwotnej gruźlicy jelit i podniebienia. Erb: Kiła a wiąd (c. d.). Hoffa: Przyczynek do patologii i terapii schorzeń stawu kolanowego (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 2. Zuppinger: O wartości szczepienia ochronnego przeciw błonicy. Effertz: Spożywanie tłuszczu w strefie zwrotnikowej. Gruber: Teorya amboceptorów i próba oziębiania Ehrlicha i Morgenrotha. Spieler: Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego i zapalenie okątnicze u dzieci (c. d.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 2. Hart: Martwica wielokrotna tkanki tłuszczowej. Bönniger: Wpływ soli kuchennej na trawienie żołądkowe. Bellei: Hemoliza wywołana osoczem krwi i surowicą krwi. Raehlmann: Badania ultramikroskopowe podług Siedentopfa i Zsigmondyego i zastosowanie ich do spostrzegań żywych drobnoustrojów. Prym: Mierzenie ciśnienia w prawym przedsionku według Gärtnera. Gröber: Przypadek indygomoczu z występowaniem czerwieni indygowej w świeżo oddanym moczu. Glaessner: Cewnikowanie wsteczne. Lucke: Znaczenie oddzielenia tylnej części cewki moczowej od przedniej w celu stosowania wstrzykiwań do cewki. Fraenkel: Wykazanie histologiczne i na hodowlach prątków durowych we krwi i w narządach trupa. Wagner: Leczenie wrzodu żołądka (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 3. Schultze: Uwagi nad paranoją. Arneth: Leukocytoza neutrofilna w chorobach zakaźnych (dok.). Scholtz: Fizyologiczne działania promieni radu i ich użycie lecznicze. Engehardt: W sprawie leczniczej trwałości po leczeniu operacyjnem urazowej padaczki Jacksonowskiej.

Redakcya otrzymała. Neugebauer: Cztery ciekawe spostrzeżenia wrzekomego obojnactwa z praktyki własnej.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 2 (od 10/I do 16/I) **urodziło** się dzieci: żywo: chł. 34, dz. 29; nieżywo: chł. 1, dz. 4. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 25, kob. 35; zamiejscowych: męż. 16, kob. 13.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 8, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 16, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. 1. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 1, ob. —. 8) odra: miej. 2, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. 2. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. 1. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. 3. 20) choroby narządu krążenia: miej. 10, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 4, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 15, ob. 11. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem** miej. 61, obcych 29.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.